WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK

ROK III 1931 NUMER 5

CHOROBY A POGODA.

Referat według Doc. B. de RUDDERA (Kl. W. 1928, Nr. 44; 1929, Nr. 49; Sprawozdania Niemieckiego Tow. Internistów 1929: Erg. inn. Med. 1929, 36), Prof. Dr. HANSENA (D. m. W. 1930, Nr. 5), Prof. Dr. WERTHEIMERA, Dr. MONASTERIO (Ztschr. f. d. ges. exper. Med. 1930, tom 70), Doc. Dr. H. KILLIANA (Kl. W. 1930, Nr. 16), Dr. FRITZSCHEGO (Schweiz. med. Wo. 1930, Nr. 38).

Już oddawna usiłowano uzależnić występowanie całego szeregu chorób od zjawisk meteorologicznych. Jeżeli badać zjawiska meteorologiczne w okresie częstszego występowania objawów dławca krtani, wówczas stwierdza się ostre zwężenia krtani w przeważającej większości w atmosferycznie niespokojnych warstwach przedniej lub tylnej strony cyklonów, czyli wirów powietrznych, zbiegających ku obszarowi niżu ciśnienia barometrycznego. Według nowoczesnych badań meteorologicznych na stronie przedniej czyli ciepłej cyklonu, i w odwrotnej kolejności na stronie tylnej, czyli zimnej, odbywa się każdorazowo „zmiana środowiska meteorycznego", zmiana warunków powietrznych. Jeżeli jedna z wymienionych stron cyklonu przeciąga nad określoną miejscowością, wówczas odbywa się tam mniej lub więcej nagła zmiana jednego środowiska atmosferycznego na inne, znacznie się różniące pod względem fizykalnym. Ta „zmiana środowiska meteorycznego" jest, jak się wydaje, czynnikiem rozstrzygającym w powstawaniu chorób. Choroba rozpoczyna się częstokroć już przy zbliżaniu się strony cyklonu lub nawet wówczas, gdy strona ta nie przechodzi nad daną miejscowością, lecz przeciąga w bezpośredniej bliskości. Ze zjawisk tych wynika, że ruchliwe warstwy powietrzne, powstające na granicy różnych prądów atmosferycznych okazują, prawdopodobnie, ważny wpływ na powstawanie chorób. Ilość przypadków chorobowych zależy, oczywiście, nietylko od zjawisk meteorologicznych, lecz również i od wrażliwości poszczególnych ludzi. Według *de Ruddera* również i przy chorobach z zaziębienia, tężyczce, bólach w kikutach poamputacyjnych i bliznach stwierdza się związek między pogodą i chorobą.

Według spostrzeżeń *Hansena* odczyn z wyciągiem pyłkowym Helisenu dla rozpoznawania gorączki siennej wypada przy niskiem ciśnieniu baro-

metrycznem nadzwyczaj silnie, podczas gdy przy ciśnieniu wysokiem daje wyniki bardzo słabe.

Wertheimer badał w szwajcarskim zakładzie badania klimatu wysokogórskiego i gruźlicy w Davos gospodarkę węglowodanową przy zmniejszonem ciśnieniu barometrycznem dla ustalenia, czy również i przemiana materji zależy od pogody. Okazuje się jednak, że również i po dłuższym pobycie (4—11 dni) w obniżonem ciśnieniu barometrycznem (340 mm) poziom cukru we krwi u świnek morskich nie podlegał zmianie. Natomiast zawartość glikogenu w wątrobie świnek morskich i myszy była przeważnie zmniejszona; u myszy po dłuższym pobycie w obniżonem ciśnieniu znajdywano w mięśniach zaledwie ślady glikogenu; również i pod wpływem wstrzyknięcia cukru gronowego ilość glikogenu w mięśniach nie zwiększała się.

Monasterio badał działanie hormonów przy zmniejszonem ciśnieniu barometrycznem. Hyperglikemja po sztucznym dowozie cukru gronowego, wywołana u zwierząt znajdujących się w warunkach doświadczalnych ciśnienia 340 mm, nie wykazywała zmienionego przebiegu; również i działanie insuliny na poziom cukru we krwi pozostawało bez zmiany. Działanie natomiast adrenaliny na cukier we krwi było przy niskiem ciśnieniu barometrycznem wyraźnie zwiększone. Również i tyroksyna okazywała na zwierzęta przebywające w rozrzedzonem powietrzu działanie o wiele silniejsze.

Fritzsche zauważył, że śmiertelne zatory zdarzają się właśnie wtedy, gdy panuje duszne, parne powietrze i dmie ciepły, suchy wicher alpejski, zwany fönem. W 35 przypadkach zatorów płucnych, które miały miejsce w latach 1921 — 1929, można było meteorologicznie stwierdzić, że 77% wszystkich zatorów wystąpiło przy silnie wahającej się krzywej barometrycznej. *Killian* stracił 71% chorych (z pośród 49), dotkniętych zatorami, podczas panowania upałów i ciepłych wiatrów południowo-zachodnich. Zawsze stwierdzano stosunkowo wysokie ciśnienie barometryczne, niską wilgotność względną i niskie ciśnienie pary w stosunku do wysokości ciepłoty dnia. Południowe Niemcy, wzgl. Europa środkowa, znajdowały się wówczas w obszarze wysokiego ciśnienia. Inni zmarli w nastroju charakterystycznym dla wpływu fönu. Fön rzekomy miał przytem większe znaczenie niż fön prawdziwy i charakterystycznemi wydawały się przytem niska wilgotność względna i bezwzględna, które z chwilą wystąpienia chmur i deszczu natychmiast wzrastały. Wniosków żadnych ze swych spostrzeżeń *Killian* narazie jeszcze nie wyciąga. Dalsze większe zainteresowanie się zagadnieniem „Pogoda a choroby" rozszerzy z pewnością nasze wiadomości w tej dziedzinie, a może nawet doprowadzi również i do wyników praktycznych. Dla zebrania możliwie prędko potrzebnego materjału *de Rudder* zwraca się z apelem, aby autorzy zechcieli ogłaszać swe spostrzeżenia, dotyczące wpływu pogody na choroby.

Dr. RHODE, Kolonja.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA ZATRUĆ.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques № 6, 1931.)

Teoretycznie istnieje dość dużo sposobów leczenia zatruć. Jeżeli od chwili zażycia trucizny nie minęło jeszcze zbyt wiele czasu i jeżeli truciznę przyjęto doustnie, należy przedewszystkiem starać się możliwie jaknajprędzej usunąć ją z ustroju. Jeżeli chory jest przytomny, próbuje się zapomocą wstrzyknięcia apomorfiny zmusić go do zwymiotowania tej części trucizny, która znajduje się jeszcze w żołądku; ponadto wzmacniamy jeszcze działanie apomorfiny przez przepłókanie żołądka. Wobec tego, że zdarza się często, iż zażyta trucizna po upływie pewnego czasu znowu wydziela się przez śluzówkę żołądka i może powtórnie wchłonąć się w jelitach, zaleca się zwykle, aby po upływie kilkunastu godzin dokonać przepłókania żołądka po raz drugi. Usiłujemy również przyspieszyć opróżnienie się z tej ilości trucizny, która już przedostała się do kiszek, przez podawanie rycyny lub innych środków czyszczących. Można również usunąć z ustroju część wchłoniętego jadu, o ile znajduje się on jeszcze w łożysku krążenia, zapomocą upustu krwi. Znaczenie upustu zależy jednak mniej od odjęcia pewnej ilości trucizny (najwyżej 10% ilości istniejącej w krwiobiegu), a raczej od zmniejszenia stężenia jadu we krwi naskutek przedostania się płynu tkankowego do krążenia. Wstrzykiwania większej ilości roztworów solnych mogą również przyczynić się do zmniejszenia się ilości jadu. Naogół jednak te „przemywania ustroju" nie dają pomyślnych wyników. Nakoniec można jeszcze spróbować przyspieszyć wydzielenie trucizny przez podawanie środków moczopędnych. Jest rzeczą zrozumiałą, że w przypadkach zatruć gazami, usiłujemy wydzielić szkodliwy gaz zapomocą podawania tlenu.

Można również osiągnąć osłabienie siły trującej jadu, stosując czynniki fizyczno-chemiczne, a przedewszystkiem adsorbcję. Dajemy w tym celu węgiel, bolus alba lub inne związki o znacznej sile adsorbcyjnej; nie wolno jednak zapominać, że aczkolwiek związki te dobrze adsorbują truciznę, to jednak po pewnym czasie może się ona znowu uwolnić. Należy więc jednocześnie pamiętać o tem, aby przyspieszać wydzielenie zapomocą środków czyszczących. Bolus alba lub węgiel można zastąpić mlekiem, zwyjątkiem tych przypadków, w których rozchodzi się o zatrucie fosforem, gdyż tłuszcze zawarte w mleku sprzyjałyby wchłonięciu fosforu. W licznych przypadkach samo zatrucie polega na wytwarzaniu połączenia adsorbcyjnego między składnikami tkanek a jadem, jak np. między tlenkiem węgla i hemoglobiną. Zadaniem więc leczenia powinno być zerwanie tego połączenia. Naświetlanie promieniami pozafioletowemi i wdycha-

nie czystego tlenu powodują przyspieszenie tej dysocjacji. Wapń, który zmniejsza przepuszczalność naczyń, również przedstawia czynnik fizyczny, wpływający na wchłanianie. Nadaje się on zwłaszcza dla leczenia zatruć fosgenem. Taki sam antagonizm istnieje, jak się wydaje, między kokainą i wapniem.

Inny sposób leczenia polega na terapji zwanej antagonistyczną. Odtruwanie zapomocą środków obdarzonych działaniem antagonistycznem jest stosunkowo łatwem, gdy jad okazuje swój wpływ szkodliwy wyłącznie na określony układ organiczny. Jesteśmy wówczas wstanie opanować działanie trucizny zapomocą odtrutki aż do chwili rozkładu lub wydzielenia jadu. Antagonizm może się objawiać na poziomie tego samego układu, na który również działa trucizna pierwotna. Można zwalczać zatrucie atropiną, wywołującą porażenie układu nerwu błędnego, zapomocą fizostygminy, która pobudza ten układ. Można również leczyć zatrucie środkami pobudzającemi (kofeiną), zapomocą środków uspokajających (Luminal) i na odwrót. Doświadczenia na zwierzętach wykazują również pewien antagonizm naczyniowy. Można np. zobojętnić działanie histaminy azotynem sodu. Działanie jadu można zobojętnić nietylko stosując drugi jad antagoniczny w stosunku do pierwszego, lecz pobudzając i hamując inny narząd, który może w ten sposób doprowadzić do wyrównania. Nadmierne pobudzenie np. układu parasympatycznego można zwalczyć podając związki, które porażają ten układ, lub też zapomocą związków pobudzających układ współczulny. Działanie antagonistyczne można również wykorzystać dla celów leczniczych zapomocą stosowania odpowiednich hormonów, stosując np. adrenalinę w przypadkach zatrucia insuliną. Aczkolwiek teoretycznie odtruwanie zapomocą związków o działaniu antagonistycznem wydaje się całkowicie uzasadnionem, to jednak u człowieka należy być przytem bardzo ostrożnym. Z praktycznego punktu widzenia bardzo ważnym jest antagonizm między insuliną a adrenaliną (lub glukozą) oraz antagonizm między kokainą (lub innemi miejscowemi środkami znieczulającemi) i Veronalem. Małpy zatrute potrójną śmiertelną dawką kokainy można było uratować zapomocą dożylnego wstrzyknięcia soli sodowej Veronalu lub Luminalu. Mniej wybitny antagonizm niż między insuliną i adrenaliną istnieje między glukozą i pochodnemi guanidyny, jeszcze niedawno stosowanemi dla leczenia cukrzycy. Antagonizm wreszcie między glukozą i wytworami rozkładu białka (podczas mocznicy, rozległych oparzeń) nie ma, jak się wydaje, większego znaczenia praktycznego.

Jeszcze inny sposób unieszkodliwienia trucizny polega na postępowaniu opartem na podstawach czysto chemicznych: zastosowana odtrutka zobojętnia truciznę, jak to np. dzieje się z zasadami (magnezja wapniowa) przy zatruciach kwasami i z kwasami (kwas cytrynowy) przy zatruciach zasadami. Sam ustrój również korzysta z podobnego sposobu odtruwania,

wytwarzając obojętne związki połączone; duża ilość kwasów aromatycznych (kwas będźwinowy, salicylowy), łączy się w ten właśnie sposób z glikokolem i wytwarza nie trujący kwas hipurowy lub nieszkodliwy kwas salicylowo-mocznikowy. Fenole zostają połączone ze związkiem powstającym podczas rozkładu białka — cystyną i wytwarzają się kwasy etero-siarczane, pozbawione całkowicie działania trującego. Również i kwas glukoronowy, istniejący stale w ustroju i pod względem budowy bardzo zbliżony do glukozy, może się łączyć z całym szeregiem związków i wytwarzać zespoły zupełnie nieszkodliwe jak np. kwas fenologlukoronowy lub kamfoglukoronowy. Również i Istizina, Avertina i Hexeton zostają wydzielone z ustroju po związaniu z kwasem glukoronowym. Przypadki zatruć, w których moglibyśmy korzystać z tego fizjologicznego sposobu wiązania jadów, są dość rzadkie, można jednak, jeżeli ustrój nie posiada np. dosyć kwasu glukoronowego do rozporządzenia, próbować uruchomić go z ewent. rezerw, stosując hormon tarczycy, tyroksynę.

Zamiana trucizny rozpuszczalnej w związek nierozpuszczalny również usuwa wszelkie niebezpieczeństwo zatrucia. W zatruciach barem (chlorkiem baru, domieszanym do siarczanu baru) można strącić chlorek baru i zamienić go na nierozpuszczalny, a w związku z tem i zupełnie nietoksyczny siarczan baru, podając siarczan sodu. W zatruciach kwasem szczawiowym, który wiąże ważne dla życia jony wapniowe, jesteśmy wstanie podając wapń lub stront, zamienić niezwiązany jeszcze kwas szczawiowy na szczawian wapnia i wyrównać w ten sposób straty wapnia. Co się tyczy metali ciężkich, usiłujemy zamienić ich sole rozpuszczalne w nierozpuszczalne siarczki zapomocą wstrzykiwań dożylnych podsiarczanu sodu lub jeszcze lepiej siarko-octanu strontu. Sole ołowiowe zamieniamy pod wpływem jodu na nierozpuszczalny jodek ołowiu, kwas siarczany, pod wpływem cukrzanu żelazowego, na nierozpuszczalny siarczek żelaza.

Pomyślny wpływ związków zawierających siarkę, podsiarczany i tiosiarczany w zatruciach arsenem oraz przy nadwrażliwości na działanie Salvarsanu jest powszechnie znany. Zatrucia kwasem cyjanowodorowym usiłujemy leczyć koloidalną siarką lub podsiarczynem. Również skuteczne są glukoza i dwuoksyaceton. Zapomocą stosowania związków siarkowych udaje się zamienić kwas cyjanowodorowy na nieszkodliwy siarkocjanek, który jest jednym z normalnych składników zawartych w ślinie. Zatrucie azotynami leczymy gwajakolem i błękitem berlińskim. Zespolone i nierozpuszczalne aromatyczne związki azotowe, które wytwarzają się w ustroju po podaniu tych leków, wiążą część azotynów; poza tem gwajakol w obecności żelaza i nitrozofenolu chroni bezpośrednio krew od wszelkiego powstawania methemoglobiny pod wpływem azotynów. Zatrucie pokarmowe, które zdarza się w Ameryce u zwierząt karmionych makuchami z tłuszczu krzewów bawełnianych, leczy się Fe_2O_3, który łącząc się ze

związkiem szkodliwym wytwarza nierozpuszczalną, obojętną sól żelazową. Związek siarkowy, zwany detoksyną, podany przed zatruciem, ma posiadać zdolność unieszkodliwiania własności trujących fosforu, kwasu cyjanowodorowego, arszeniku i nikotyny.

Reasumując, musimy stwierdzić, że nasze środki dla leczenia przyczynowego zatruć są obecnie jeszcze bardzo skromne. Naogół na pierwszym planie leczenia zatruć ciągle jeszcze stoi leczenie objawowe.

Doc. dr. R. KRAFT, Klinika chirurgiczna Akademji Lekarskiej w Düsseldorfie.

O LECZENIU CHIRURGICZNEM NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW.

(Referat według Fortschritte der Therapie 1930, zeszyt 15.)

Pierwszy doraźny opatrunek, zakładany po nieszczęśliwym wypadku, powinien dotyczyć tylko spraw istotnie najniezbędniejszych, to znaczy zatamowania krwi, ochrony przed wtórnem zakażeniem i unieruchomienia dla transportu. Przewiązywanie kończyn odbywa się o wiele częściej niż zachodzi tego istotna potrzeba. Krwawienia żylne i tętnicze z mniejszych naczyń ustają już pod wpływem opatrunku uciskowego. Umiarkowane krwawienie następcze bywa raczej korzystne niż szkodliwe. W wielu przypadkach przewiązanie kończyny ma, niestety, charakter tylko opaski zastoinowej. Krwawienie często ustaje dopiero po zdjęciu takiej niefortunnej opaski. Tamponowanie rany dla zatamowania krwawienia powinno wchodzić w rachubę jedynie wyjątkowo, jako środek ostateczny. Dla doraźnego opatrzenia rany wystarcza posmarowanie jej otoczenia jodyną lub Mastisolem i pokrycie rany gazą sięgającą poza jej brzegi. Oczyszczanie rany przed ostatecznym opatrunkiem może być tylko szkodliwem.

Kraft, podobnie zresztą jak i inni badacze, stwierdził, że w większości uszkodzeń, wywołanych maszynami, rana jest jałowa, podczas gdy uliczne nieszczęśliwe wypadki dają rany przeważnie zakażone bakterjami i lasecznikami zgorzeli gazowej. Ostatnio *Kraft* stwierdzał przez kilka dni obecność laseczników zgorzeli gazowej w ranach 13 osób, uległych ulicznym nieszczęśliwym wypadkom, jednak bez objawów klinicznych zgorzeli gazowej. Okoliczność ta tłumaczy się tem, że w przypadkach ulicznych nieszczęśliwych wypadków po ekscyzji rany i zaszyciu jej brzegów zawsze wprowadza się sączek; poza tem przy dodatnim wyniku bakterjologicznego badania pierwotnie wyciętych tkanek bada się ranę dwa razy dziennie i przy najmniejszem podejrzeniu otwiera się ją. Sączek pozostawia się zawsze aż do 5 dni. Surowicy przeciwko zgorzeli gazowej zapobiegawczo się nie stosuje, stale natomiast wstrzykuje się 20 jednostek antytoksyny tężcowej.

Według spostrzeżeń *Krafta* z kliniki w Gracu, gdzie zgorzel gazowa była bardzo rzadką, tężec natomiast zdarzał się bardzo często, stosunkowo najlepiej działają przy już istniejącym tężcu wstrzykiwania dolędźwiowe antytoksyny tężcowej oraz jednoczesne stosowanie wodanu chloralu + magnezja + morfina. Leczenie to przeprowadza się trzykrotnie w ciągu 24 godzin; na 34 przypadki w 82% udało się osiągnąć pomyślne wyniki lecznicze.

Ostateczne opatrzenie rany rozpoczyna się — dla zmniejszenia ilości przenikłych do rany zarazków chorobotwórczych — od ekscyzji rany metodą *Friedricha*. *Friedrich* stwierdził, że znajdujące się w ranie bakterje potrzebują dla swego rozmnożenia się kilkunastu godzin. Przy wczesnej ekscyzji należy bacznie zwracać uwagę, aby nie korzystać z instrumentów, które już się zetknęły z nieczystemi wrotami rany i mogłyby się przyczynić do zawleczenia materjału zakaźnego w głąb. Niestety, ekscyzja rany metodą *Friedricha* niezawsze da się połączyć z nałożeniem pierwotnego szwu. Należy się wówczas zadowolnić wygładzeniem brzegów ran, przy zamknięciu zaś rany zaleca się założyć dla wszelkiej pewności cienką rurkę lub sączek z gazy.

Poza tem w przypadkach, gdy całkowitej ekscyzji rany wykonać nie można, *Kraft* stosuje 1‰ roztwór Rivanolu lub roztwór jodu *Pregla*, a czasem również i balsam peruwjański. Nacieczenia tkanek odkażającemi płynami obecnie już się nie stosuje; natomiast przy przenikających uszkodzeniach stawów stosuje się roztwór Rivanolu dla przepłókiwania jam stawowych. Uszkodzenia stawów należy wogóle leczyć szczególnie starannie. Po dokładnej ekscyzji należy torebkę stawową zaszyć możliwie jaknajściślej. Sączek odprowadzający można założyć najwyżej podskórnie. Jedynie przy silnem zanieczyszczeniu pozostawia się ranę otwartą, po dokładnem przemyciu i ewentualnem wstrzyknięciu 1×2 cm^3 kamfory fenolowej według *Payra*. Staw należy bezwzględnie unieruchomić, gdyż w przeciwnym wypadku narażamy się na wtórne zakażenia. Często małe, przeoczone i nie leczone w sposób właściwy rany stawowe doprowadzają w ostatecznym wyniku do amputacji. Również i przy uszkodzeniach innych jam ciała należy dążyć do pierwotnego zaszycia rany. Przy ranach brzucha szyje się bardzo starannie otrzewną i powięź. W przypadkach otwartej jamy opłucnowej zaszywa się pod wzmożonem ciśnieniem ewentualne uszkodzenia płuca, a następnie zamyka się w trwały sposób opłucną i mięśnie międzyżebrowe. Jedynie przy uszkodzeniach pęcherza moczowego i przerwaniu cewki moczowej zakłada się z zasady dla uniknięcia moczowego nacieczenia tkanek i zakażenia moczowego nadłonową przetokę pęcherzową. Również i przy uszkodzeniach urazowych mózgu należy po ekscyzji rany dążyć do możliwie trwałego jej zamknięcia. Przy uszkodzeniach czaszki i mózgu z poprzedzającemi lub utrzymującemi się objawami mó-

zgowemi należy natychmiast urządzić wspólną naradę z otjatrą, okulistą i neurologiem. Przy wstrząsie mózgu chory powinien pozostawać w łóżku conajmniej przez 4 tygodnie; czytanie, pisanie, używanie trunków wyskokowych są surowo wzbronione. Jeżeli choremu dokuczają silne bóle głowy, nie ustępujące pod wpływem Luminalu, Pyramidonu i t. d. wówczas częstokroć pomaga kilkakrotnie powtarzane nakłucie lędźwiowe. Przy objawach wzmożonego ciśnienia można poza tem wstrzykiwać dożylnie 40%-owy roztwór cukru gronowego lub 20%-owy roztwór soli kuchennej. Przy uszkodzeniach czaszki należy dążyć do zamknięcia rany. Jeżeli jest to niemożliwe z powodu uszkodzenia części miękkich, wówczas podaje się małe dawki hexametylenotetraminy, jednak nie dla odkażenia płynu mózgowo-rdzeniowego (gdyż przytem nie osiąga się dobrych wyników), lecz jedynie dla odkażenia dróg moczowych. Leczenie uszkodzonej opony twardej nie przeprowadza się wszędzie w sposób jednakowy. Przed 1914 rokiem, odsłaniano przeważnie miejsce złamane, rozszerzano ubytek kostny i leczono uszkodzone ognisko na drodze otwartej. Następnie *Barany* zaproponował pierwotne zamykanie rany po dokładnej ekscyzji; sposób ten nie pozyskał jednak powszechnego uznania. Zamknięte złamania czaszki należy leczyć operacyjnie jedynie przy znacznem przemieszczeniu odłamków w miejscu złamania lub przy krwotokach. Przy złamaniach otwartych dokonywa się ekscyzji rany, wyjmuje się odłamki kostne i oczyszcza brzeg miejsca złamania aż do ukazania się nieuszkodzonej opony twardej. Po uzyskaniu warunków czystej rany odłamki kostne, przechowane narazie w ciepłym roztworze soli kuchennej, znowu układa się na właściwe miejsce i skórę dokładnie się zaszywa. Szwu opony twardej i okostnej oraz tamponady nie stosuje się. Na uszkodzone miejsce zakłada się specjalny opatrunek uciskowy. — Przy większych świeżych ubytkach skórnych wchodzą dla plastycznego pokrycia skóry w rachubę płaty skórne *Reverdina* lub przeszczepienie metodą *Thierscha*. Przy powierzchniach ziarninujących należy stosować tylko sposób *Thierscha*, a przy ranach zanieczyszczonych ewentualnie również zaszczepienie metodą *Brauna*. *Kraft* osiągał najlepsze wyniki przyjmowania się płatów naskórnych przy pomocy leczenia świeżem powietrzem.

Przy ciężkich oparzeniach rozpyla się co godzinę na oparzonej powierzchni 2,5% roztwór taniny, aż do chwili gdy po 7 — 10 dniach oddzieli się wyraźny strup. *Beekmann* uważa, że ten sposób leczenia zmniejsza ilość śmiertelnych przypadków. *Kraft* stosuje następujący sposób:

Pokrywa on ranę z oparzenia dwa razy dziennie opatrunkiem płóciennym, zanurzonym uprzednio w mieszaninie, składającej się z 15 g Acid. tannici, 250 g wody wapiennej i 250 g oleju lnianego (mieszaninę tę należy przed użyciem wstrząsnąć). Powierzchnia oparzona staje się czarna i oddziela się po 4 — 6 dniach. Pod spodem ukazuje się wówczas czysta ziarnina, którą należy, oczywiście, nadal leczyć już nie taniną, lecz łagodną maścią.

Dla leczenia złamań wchodzą w rachubę 4 sposoby: niewyściełany gips, wyciąg, leczenie operacyjne i czynnościowe. Każda z tych metod może dać dobre wyniki. Leczenie zachowawcze, jeżeli zapewnia dobre ustawienie, jest o wiele lepsze niż leczenie operacyjne. Zamiast różnych sposobów leczenia wyciągowego (wyciąg paznokciowy *Steinmanna*, wyciąg *Kirschnera*, wyciąg trójkątny *Middeldorpfa* i t. d.), wysuwa się ostatnio na pierwszy plan znowu opatrunek gipsowy, poprzednio zupełnie zarzucony, gdyż z powodu nadmiernej podściółki z waty następowało bardzo często przesunięcie się odłamków w opatrunku gipsowym. Od czasu, gdy stosuje się go bez podściółki, utrwalenie odłamków jest pewne, a dokładna kontrola pozwala również na uniknięcie niebezpieczeństwa zgorzeli i zaburzeń krążenia. Dla ułatwienia nastawienia i utrwalenia stosuje się ostatnio również wyciąg śrubowy *Böhlera*. Jeżeli w przypadkach złamań otwartych, po dokładnej ekscyzji rany, doraźne zaszycie okazuje się niemożliwe, wówczas pozostawia się ranę otwartą i ustala kończynę w szynie. Szwów kostnych należy możliwie unikać. W przypadkach, w których nie zachodzi obawa przesunięcia się złamanych końców, można rozpocząć leczenie ćwiczeniami. Zamiast pętli *Glissona*, która wymagała bardzo długiego leczenia, wprowadzono w Szpitalu Górniczym w Bochum nowy sposób leczenia złamań kręgosłupa: chorego w ułożeniu na wznak, kładzie się do łóżka z twardą podkładką; łóżka gipsowego i wyciągu nie stosuje się. Po ostrożnem przewróceniu na bok, stosuje się już w pierwszych dniach lekki masaż dla uniknięcia zaników mięśniowych. Po 6 tygodniach chory może wstawać, a pod koniec 3 miesięcy większość chorych może chodzić już przy pomocy samej tylko laski, albo nawet bez laski. Gorsetu podtrzymującego, jak przy metodzie *Glissona*, która wymaga noszenia takiego gorsetu jeszcze przez 1 — 2 lat, nie zakłada się wcale. Operacyjne odsłonięcie miejsca złamania, w celu odciążenia zmiażdżonego rdzenia kręgowego, nie daje żadnych wyników, gdyż zniszczone komórki nerwowe nie mają, jak wiadomo, zdolności regeneracyjnych. Również i złamania obojczyka leczy się w Szpitalu Górniczym wyłącznie czynnościowo. Opatrunek według *Borchgrewinka* nakłada się w ten sposób, że przy doskonałej ochronie przesuwa on łopatkę i w związku z tem również i zewnętrzną część złamanego obojczyka ku tyłowi i ku górze i jednocześnie umożliwia całkowitą ruchomość w stawie łopatkowym. Złamania kości promieniowej leczy się na Klinice w Düsseldorfie w sposób następujący: złamaną kość kładzie się po nastawieniu na lekko podściełaną, wąską, drewnianą deseczkę, sięgającą od kłykcia przyśrodkowego kości ramieniowej do brzuśćca dużego palca dłoni; na końcu tej deseczki znajduje się ustawiona ukośnie rolka wysokości około 3 cm, przez którą przy zakładaniu wywiera się ucisk na dłoń w kierunku grzbietowym i w lekkiem odprowadzeniu łokciowem. Dalsze ustalenie osiąga się zapomocą wąskiej, zwilżonej szyny tekturowej, nałożonej na stronie grzbieto-

wej, sięgającej prawie do główek stawowych i utrwalonej odpowiednim bandażem, który umożliwia jednak zupełnie swobodne ruchy wszystkich palców. Po 8 dniach bandaż otaczający zdejmuje się, przyczem jednak ręka pozostaje jeszcze na szynie, i stosuje się leczenie gorącem powietrzem; jednocześnie chory może już rozpocząć sam ćwiczenia ruchowe, o ile nie sprawiają mu one zbyt wielkich bólów. Po ćwiczeniach ruchowych w gorącem powietrzu rękę znowu ustala się bandażem na szynie; leczenie to przeprowadza się przez 3 tygodnie, poczem wszelkie ułożenie w szynie zostaje odstawione. W ten sposób osiąga się szybko przywrócenie całkowitej ruchomości; przesunięcia odłamków kostnych można się nie obawiać. Pomimo że badania rentgenowskie znakomicie udoskonaliły rozpoznawanie złamań, to jednak stwierdzenie ewent. współistniejących uszkodzeń nerwów, naczyń i t. d. pozostaje zawsze dziedziną podstawowego badania klinicznego. Przy leczeniu następczem złamań, główny nacisk należy położyć na czynne ćwiczenia, z mięsieniem zaś należy się początkowo powstrzymać.

Prawie wszystkie wymienione sposoby leczenia stosuje się stale na stacji dla nieszczęśliwych wypadków kliniki chirurgicznej w Düsseldorfie, przez którą przechodzi rocznie około 1400 poszkodowanych.

Doc. dr. H. BRONNER, dr. G. HECHT i dr. J. SCHÜLLER, Klinika chirurgiczna Uniw. w Kolonji w Bürgerhospital i Laboratorjum badań farmakologicznych I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft w Elberfeldzie.

O PYELOGRAFJI DOŻYLNEJ ZAPOMOCĄ ABRODILU.

(Referat według Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1930, tom 42, z. 2.)

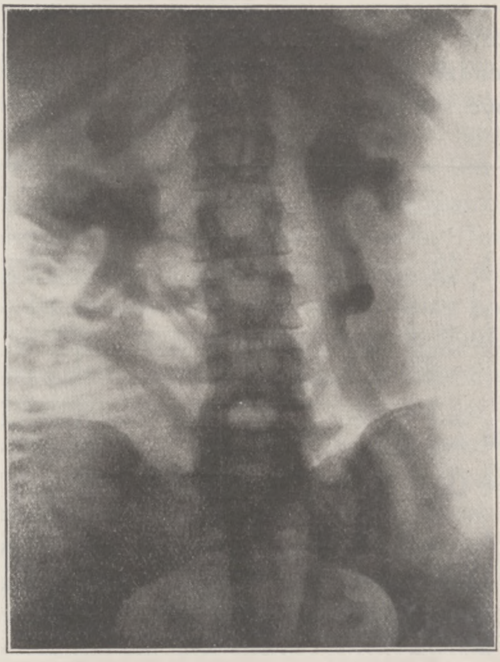
A. Część farmakologiczna (Dr. *G. Hecht*, Elberfeld).

Abrodil odpowiada znakomicie wszystkim warunkom, które bezwzględnie należy stawiać związkom jodowym, przeznaczonym dla rentgenowskiego uwidocznienia dróg moczowych: jest to preparat doskonale przenikający do moczu i nie trujący. Ogólna tolerancja Abrodilu jest przy wstrzykiwaniu dożylnem zaledwie nieznacznie mniejsza niż odpowiedniej ilości soli kuchennej, a o wiele lepsza niż tolerancja jodku sodu w dawce zawierającej tę samą ilość jodu. Abrodilu jako takiego nie udało się dotychczas otrzymać zpowrotem z moczu. Wobec tego, że nawet po największych dawkach w moczu królików, kotów i psów nie stwierdza się obecności wolnego jodu, należy przyjąć, że Abrodil wydziela się niezmieniony bez odszczepienia jodu, zwłaszcza, że budowa chemiczna Abrodilu nie pozwala, jak się wydaje, na żad-

ną zmianę przemiany materji. Jeżeli zwierzęciu, ważącemu 15 kg zastrzyknąć dożylnie 10 g Abrodilu, to już po jednej godzinie wydziela się 47%, po 3 godzinach 76%, po 9 godzinach 89% i po 24 godzinach 93% wstrzykniętej dawki. W moczu obu następnych dni znajduje się już zaledwie 0,2% ogólnej ilości. Uwzględniając straty, które są przy takich doświadczeniach nieuniknione, można uznać, że Abrodil po 12 — 24 godzinach praktycznie zostaje całkowicie wydzielony i że przeważająca jego część opuszcza ustrój po 3 godzinach. Nie bacząc na to, że nerki, wydzielając tak znaczne ilości obcego dla ustroju związku, wykonywują niezwykle dużą pracę, mocz wszystkich badanych zwierząt ani razu nie wykazywał obecności białka. Nawet po dawkach, które dla człowieka wogóle nie wchodzą w rachubę, stwierdzano jedynie niewielkie odwracalne zmiany w kanalikach (napęcznienie, stłuszczenie); objawów zapalenia kłębuszków nie zauważono ani razu. Również i w moczu nie znajdywano żadnych składników patologicznych. Kilkakrotne powtarzanie wstrzykiwań nie grozi żadnem niebezpieczeństwem.

B. Część kliniczna (Doc. dr. *H. Bronner* i dr. *Schüller*, Kolonja).

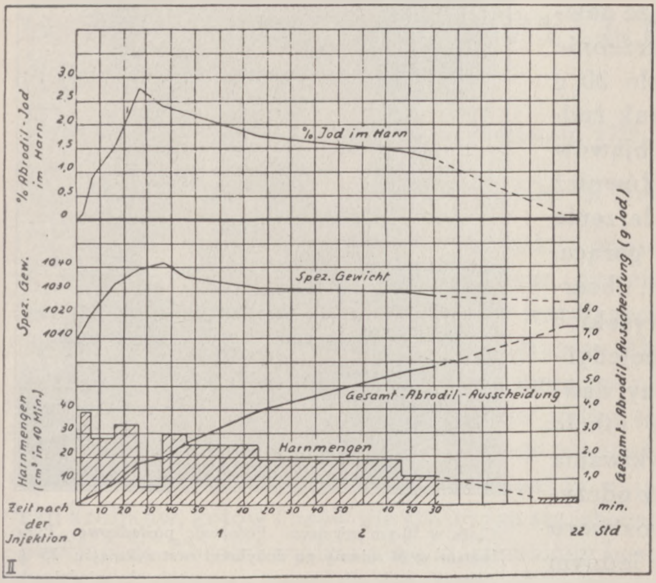
Odpowiednio do tolerancji Abrodilu w doświadczeniach na zwierzętach również i ludzie znoszą ten środek kontrastowy doskonale. W pierwszych 25 doświadczeniach stosowano po 40 g Abrodilu. Pomimo że dawka powyższa była niepotrzebnie tak wysoka — wystarczało 20 g — nie spostrzegano jednak żadnych poważniejszych objawów działania ubocznego. Również i lżejsze objawy, jak uderzenia krwi do głowy, uczucie gorąca, lekkie drżenie i mdłości, obserwowano przy tych wysokich dawkach jedynie w pojedyńczych przypadkach. Przy dawce stosowanej obecnie (około 20 g) wszystkie wstrzykiwania przebiegały zupełnie bez odczynu. Przy stosowaniu roztworu 20—30%-owego tylko w jednym przypadku na 100 doszło do



Ciąża w 10-ym miesiącu. Położenie pośladkowe. Pyelogram w 24 minuty po dożylnem wstrzyknięciu 25 g Abrodilu wykazuje znaczne rozszerzenie obu miedniczek nerkowych i moczowodów..

bardzo niewielkiego, miejscowego, zakrzepowego zapalenia żyły. Niewielkie ilości, które wskutek wadliwego położenia igły mogą przeniknąć poza żyłę, nie wywołują poza krótkotrwałym piekącym bólem (najwyżej 10 minut) żadnych dalszych niepożądanych skutków.

Przy wstrzykiwaniu większej ilości płynu — (20 g Abrodilu rozpuszcza się w 100 cm³ aq. dest., sączy i wyjaławia) — zaleca się wstrzykiwać albo z biurety albo ze strzykawki pojemności 100—150 cm³, którą łączy się z igłą zapomocą odpowiedniej gumowej rurki. Czas wstrzykiwania 100 cm³ świeżego roztworu Abrodilu, nagrzanego do ciepłoty ciała, wynosił najwyżej 3 minuty. Dłuższe trwanie wstrzykiwania nie jest potrzebne. Przy wstrzykiwaniu roztworów mocno ochłodzonych chorzy odczuwali przykre wrażenie na przebiegu żył odpływowych, które jednak nie zależało wcale od Abrodilu jako takiego. Ze względu na łatwość stosowania i zupełne bezpieczeństwo, można stosować dożylną pyelografję zapomocą Abrodilu również i ambulatoryjnie. Chorzy opuszczali gabinet rentgenowski zawsze w stanie doskonałego samopoczucia. Tylko jedna jedyna pacjentka, znajdująca się w stanie znacznego wyczerpania i charłactwa na tle zakażenia, wychodzącego z dróg moczowych, skarżyła się przez kilka godzin po wstrzyknięciu 30 g Abrodilu na uczucie rozbicia i bóle głowy. Zachowanie się tej chorej, która zresztą szybko wróciła do swego zwykłego stanu, wskazuje granice możności stosowania Abrodilu. Przy bardzo ciężkiej niedomodze nerek, przy której również i większe obciążenie solą kuchenną może być szkodliwem, Abrodil jest przeciwwskazany. Innych przeciwwskazań do stosowania Abrodilu dotychczas nie znamy. Według dotychczasowych doświadczeń *Bronnera* i *Schüllera* nawet u wrażliwych na jod kobiet w ciąży lub u chorych gruźliczych nie zachodzi wcale potrzeba przestrzegania szczególnej ostrożności. Ani razu nie stwierdzono nawet najmniejszych śladów białka. W kilku przypadkach znaleziono na drugi dzień nieliczne pojedyńcze krwin-



Wydzielanie Abrodilu po dożylnem wstrzyknięciu 18 g.

ki czerwone (cewnik!), wałeczków nigdy nie było. Dla otrzymania dobrego pyelogramu niezbędnem jest wypełnienie dróg moczowych moczem, zawierającym możliwie jaknajwiększą ilość jodu. Zawartość jodu w moczu pęcherzowym jest największa w 5—25 minut po wstrzyknięciu. Po dawkach 6 do 40 g Abrodilu zawartość ta niezależnie od dawki wynosi około 2,5% jodu. Przez zwiększanie przeto dawki nie udaje się uzyskać znaczniejszej zawartości jodu w moczu. Tylko w jednej analizie stężenie jodu w moczu wynosiło 3,25%. Wydaje się, że większej zawartości jodu wogóle już osiągnąć nie można. Przy dawkach 40 g Abrodilu zawartość jodu pozostaje przez szereg godzin na tej samej wysokości. W poszczególnych przypadkach stwierdza się przeważnie po godzinie pewien spadek, po którym później następuje nowe, płaskie wzniesienie. Przy mniejszych dawkach Abrodilu zawartość jodu po osiągnięciu szczytu stale prędzej lub wolniej opada. Praktyka wykazała, że dobre rentgenogramy wymagają zawartości jodu w moczu, wynoszącej conajmniej 2%. Wobec tego jednak, że po małej dawce 6 g zawartość jodu opada tak szybko poniżej progu dającego wyraźne zdjęcie, można chwilę odpowiednią dla dokonania zdjęcia bardzo łatwo przeoczyć. Dla praktyki wystarczają dawki wahające się około 20 g, przy których wydzielanie moczu, zawierającego więcej jodu niż to odpowiada progowi, trwa dłużej niż przez ½ godziny. W 5 minut po wstrzyknięciu można otrzymać obraz zdatny do użytku. Obraz „pięciominutowy" nie był jednak nigdy najlepszy. Najlepszym był w wielu przypadkach obraz 15-minutowy. Dla powstania dobrego obrazu ma znaczenie nietylko odsetkowe wydzielanie jodu, lecz również i ilość moczu. Badania wykazały, że najlepszy obraz otrzymuje się w chwili, w której przy wysokiej odsetkowej zawartości jodu wydziela się jednocześnie znaczna ilość moczu, co ma zasadniczo miejsce po 15—20 minutach. Im mniejszą jest zastosowana dawka Abrodilu, tem słabszą jest diureza po wstrzyknięciu. Po 40 g wydziela się np. w ciągu pierwszej pół godziny po wstrzyknięciu około 200 cm^3 moczu, w ciągu drugiej pół godziny wydziela się jeszcze około 80—90 cm^3; po 20 zaś gramach diureza opada prawie do połowy wymienionych ilości, a przy 10 g działanie moczopędne jest już bardzo małe (6 g Abrodilu: pierwsze pół godziny = 26 cm^3, drugie pół godziny = 24 cm^3!). Już z tego powodu nie otrzymuje się przy bardzo małych dawkach, poniżej 10 g, dobrego obrazu, nie mówiąc przytem o krótkości okresu odpowiedniego dla dokonania zdjęcia. Z obu tych względów dawek poniżej 10 g stosować wogóle nie należy. Przy jednostronnej chorobie nerek zaburzenie czynności lub zupełny brak jednej nerki można na 15-minutowym obrazie wyraźnie rozpoznać, już na tej podstawie, że po stronie chorej albo wcale niema obrazu, albo zaznacza się on znacznie słabiej. W każdym razie jednak przy ocenie różnic intensywności cienia obu pyelogramów należy się bardzo strzec, aby nie popełnić błędu. Obecność w jamie

brzusznej warstwy gazu lub powietrza (żołądek, jelita grube) może znacznie osłabić mocny cień pyelograficzny. Poza tem obraz pyelograficzny jednej nerki, nawet bez obecności warstwy utrudniającej, może w całym szeregu zdjęć dawać stale słabszy cień niż po stronie drugiej. Jedynie duże różnice w nasyceniu cienia można oceniać jako miarodajne dla rozpoznania osłabienia czynności. W każdym razie osłabienie cienia pyelogramu jest mniej przekonywującym dowodem istnienia sprawy chorobowej niż późniejsze występowanie cienia. Jeżeli po 15 minutach brak pyelogramu po jednej stronie, to może on nieco później jednak jeszcze wystąpić i dlatego w takich patologicznych przypadkach zaleca się dokonywanie dalszych zdjęć w późniejszych okresach czasu (po 4—10 godzinach). W warunkach normalnych po 20 g Abrodilu należy oczekiwać obrazu najlepszego w 15—25 minut po wstrzyknięciu, a poza tem, poczynając od 5 minut po wstrzyknięciu aż do 2 lub 2½ godzin po wstrzyknięciu, można liczyć na obraz dobry. Przy większych dawkach ten okres czasu przedłuża się, przy bardzo małych skraca się znacznie.

Wobec tego, że Abrodil zawiera 52% jodu, można łatwo obliczyć ilość wydzielonego w moczu związku, mnożąc wydzieloną w danej chwili ilość jodu przez 1,92. Po godzinie wydziela się około 25—40% wstrzykniętej dawki, po 3½ godzinach około 50—70%, po 4½ godzinach 75—80%. Ogółem w ciągu 24 godzin można było wykazać w moczu około 90% związku jodowego. Liczby te zgadzają się w przybliżeniu z przytoczonemi powyżej wynikami badań doświadczalnych na zwierzętach. Niewielka ilość związku opuszcza ustrój nie przez nerki; w kale znaleziono zaledwie ilości minimalne. Największa ilość Abrodilu wydziela się w ciągu pierwszej godziny. Przy zupełnym braku czynności jednej nerki może druga zdrowa nerka sama wydzielić Abrodil prawie tak samo dobrze jak dwie zdrowe nerki. Przy silnem uszkodzeniu czynności nerek wydzielanie odbywa się znacznie wolniej, szczyt wydzielania może nastąpić znacznie później i odpowiednio do tego ogólna ilość wydzielona po 6—8 godzinach jest znacznie mniejsza niż w normie. Dokładna obserwacja wydzielania ilościowego nerek umożliwia uzyskanie danych co do stopnia ich wydolności.

Dawka standardowa dla pyelografji dożylnej została określona jako 100 cm^3 20%-owego roztworu (20 g). Stężenie można zwiększyć bez żadnych zastrzeżeń.

Pyelografja dożylna nie mogła wyprzeć całkowicie pyelografji instrumentalnej, przy której można również z doskonałym wynikiem korzystać z roztworów Abrodilu. Minimalne objawy podrażnienia miejscowego nie są silniejsze niż przy stosowaniu równocząstkowego roztworu soli kuchennej.

Roztwór Abrodilu dla pyelografji wstecznej przygotowuje się w sposób następujący: do 3—4 g Abrodilu wlewa się 20 g wrzącego roztworu Hg oxycyanati 1:4000 lub Argenti nitrici 1:1000. Można, oczywiście, korzystać również i z czystych, wyjałowionych roztworów. Zupełny brak wszelkiego działania drażniącego czyni Abrodil odpowiednim również i do arterjografji.

Przy pyelografji dożylnej chorzy otrzymywali wieczorem w dniu poprzedzającym badanie i na ½ godziny przed wstrzyknięciem wysoką lawa-

tywę czyszczącą. Obrazy rentgenowskie chorych, którym dokonywano zdjęć bez żadnego przygotowania, były gorsze. Wieczorem przed badaniem chory otrzymuje suchą kolację, a rano przed badaniem nie dostaje śniadania, aby zwiększyć w ten sposób stężenie wydzielania. Dalsze badania dla uzyskania przedmiotowych danych co do słuszności takiego postępowania są w toku.

Prof. dr. ROBERT MEYER-BISCH †. Klinika chorób wewnętrznych szpitali miejskich w Dortmundzie.

O LECZENIU DIETETYCZNEM OTYŁOŚCI.

(Referat według Fortschritte der Therapie 1930, z. 10.)

Normalna waga dorosłego człowieka jest wielkością prawie stałą; niewielkie wahania aż do 10% przybytku lub utraty wagi nie należą jednak do rzadkości. Dla obliczenia prawidłowej wagi korzystamy z różnych istniejących wzorów. Najczęściej obliczamy wagę opierając się na wzorze *Broca*, według którego waga normalna wyrażona w kilogramach równa się wysokości badanego mniej 100. Również dobre wyniki daje nam wzór *Bomhardta* (waga = wysokość pomnożona przez obwód piersi i podzielona przez 240). Nawet u zupełnie zdrowego człowieka waga ciała nie jest ciągle wielkością stałą, gdyż wpływy cielesne i duchowe są wstanie wywoływać zarówno w jednym jak i w drugim kierunku odchylenia, dochodzące nawet do większej ilości kilogramów. Praca umysłowa i napięcie woli, o ile przebiegają bez udziału uczucia, nie okazują wpływu na natężenie spalania. Przykre wrażenia psychiczne, jak to wykazały doświadczenia na ludziach będących w hipnozie pod wpływem sugestji, mogą zwiększać spalanie do 25%. Głównym, aczkolwiek nie zupełnie pewnym czynnikiem, regulującym stałość wagi, jest apetyt. Jednak nawet przy zwiększonem łaknieniu niekoniecznie musi dojść do zwiększenia wagi, gdyż może tu okazywać wpływ jeszcze dalsze urządzenie wyrównawcze ustroju, a mianowicie zwiększone zużycie, czyli wzmożenie natężenia spalania po nadmiernym dowozie pokarmów. Jeżeli sprawa dotyczy nadmiaru pożywienia białkowego, to zwiększone zużycie wchodzi w zakres swoisto-dynamicznego działania białka. Występuje ono jednak nietylko po pożywieniu białkowem, lecz również i po węglowodanach i tłuszczach, choć w znacznie mniejszych, coprawda, rozmiarach. W każdym jednak razie występowanie zwiększonego spalania nie jest objawem trwałym, tak że stopniowo jednak wytwarza się otyłość. Często się zdarza, że waga zupełnie zdrowego człowieka w ciągu kilku dni wzrasta lub zmniejsza się o 1 do 2 kg. Te wahania wagi nie polegają na istotnej zmianie ilości żywej substancji ustroju, lecz zależą od nagromadzenia się lub wydalenia pewnych ilości płynu, zawsze łącznie z odpowiedniemi przesunięciami soli kuchennej. Przy tych wahaniach wagi niezawsze musimy stwierdzać jednoczesne odchylenia od

normy dobowej ilości moczu. Zmiana perspiratio insensibilis może w zupełności wyjaśnić przesunięcia tego rodzaju. Prawdziwy przybytek ma miejsce tylko wtedy, gdy powiększenie się wagi utrzymuje się stale przez dłuższy czas.

Jeżeli otyłość zależy od zaburzeń naturalnej regulacji przyjmowania pokarmów, wówczas mówimy o otyłości exogennej. Przypadki zaś, w których otyłość powstaje na tle nieprawidłowego działania określonych narządów, np. chorób układu nerwowego lub zmian w gruczołach wewnątrzwydzielniczych, należą do otyłości endogennej. Znaczenie układu nerwowego dla powstawania otyłości nie było dawniej zupełnie pewnem. Nadzwyczaj wielkie jednak nagromadzanie się tłuszczów, zdarzające się u osób dotkniętych przewlekłem zapaleniem mózgu, dowiodło, że międzymóżdże jest ważnym ośrodkiem również i dla tłuszczowej przemiany materji.

Najczęściej powstaje otyłość na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Otyłość na podłożu niedomogi tarczycy cechuje się zmniejszeniem podstawowej przemiany materji, charakterystycznym wyrazem twarzy, często również wypadaniem włosów i suchością skóry. Pewne choroby przysadki mogą wywołać otyłość o typie Dystrophia adiposogenitalis. Otłuszczenie dotyczy głównie tych okolic ciała, które specjalnie ulegają otłuszczeniu również u kobiet w okresie przekwitania. U kobiet często nie można odróżnić otyłości przysadkowej od otyłości jajnikowej. Niedomoga jajników może wywołać chorobliwe nagromadzanie się tłuszczu już w okresie pokwitania. Większe praktyczne znaczenie ma otyłość klimakteryczna, przy której do otyłości endogennej mogą się dołączyć czynniki exogenne w postaci zwiększonego spożywania pokarmów.

Leczenie otyłości również i obecnie jest przeważnie dietetyczne. Leczenie to powinno mieć na celu ograniczenie dowozu kaloryj i to albo równomierne ograniczenie wszystkich rodzajów środków odżywczych, lub też częściowe ograniczenie jednego lub kilku podstawowych składników pożywienia. Ograniczeń tych nie należy stosować u osobników młodocianych w okresie wzrostu, u osób starszych w wieku powyżej 60 lat i u chorych na gruźlicę. Zachowanie się chorych sercowych i cukrzycowych w stosunku do ograniczeń dietetycznych bywa różne. W niektórych przypadkach cukrzycy lub osłabienia serca zmniejszenie dowozu pokarmów może się okazać bardzo szkodliwe, w innych natomiast może dać bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Przed ustaleniem diety leczniczej należy obliczyć niezbędne pożywienie podstawowe. Przy zmniejszaniu wszystkich składników przemiany materji nie należy jednak ilości mięsa zmniejszać nadmiernie, gdyż swoiste dynamiczne działanie białka jest ważnym czynnikiem pomocniczym leczenia odtłuszczającego. Jajka natomiast można zupełnie odstawić bez żadnych zastrzeżeń. Jeżeli usuwa się początkowo z diety węglowodany, wówczas ustanawia się pożywienie składające się z 250—300 g mięsa i tylko 50 g tłuszczu. Dopiero brakującą wówczas jeszcze ilość kaloryj podaje się

w postaci węglowodanów. Mleko dozwolone jest jedynie w bardzo małej ilości. Jarzyny i owoce należy brać pod uwagę tylko wówczas, gdy chory spożywa je w tak znacznej ilości, że ich zawartość kaloryczna może już odgrywać pewną rolę. W przypadkach ciężkich należy próbować obejść się bez owoców strączkowych. Przy kuracji kartoflanej poza niezbędną ilością białka i przy możliwem ograniczeniu tłuszczów, pokrywa się główną część kaloryj kartoflami.

Ograniczenie węglowodanów często nie doprowadza do celu, gdyż spożywa się przytem zbyt wiele białka i tłuszczu. Częstokroć nie udaje się przeprowadzić tej kuracji jeszcze z tego względu, że pacjenci z powodu zbyt małej obfitości spożywanych pokarmów skarżą się na silne uczucie głodu. Wówczas daje się chorym obficie jarzyny przygotowane bez tłuszczu, o ile, oczywiście, stan przewodu pokarmowego pozwala na taką dietę obciążającą, drażniącą czasami w znacznym stopniu kiszki grube. *Umber* opiera się przedewszystkiem na swej diecie podstawowej, zawierającej około 1000 kaloryj i uzupełnia ją w zależności od stopnia pożądanego odtłuszczenia różnemi dodatkami. Przy każdej diecie odtłuszczającej można z korzyścią przeprowadzać co pewien czas dnie owocowe i mleczne; ogólna wartość kaloryczna pożywienia nie może przekraczać 1200—1300 kaloryj. Każdy dzień owocowo-mleczny jest bardzo wyczerpujący i można go stosować tylko 2, najwyżej 3 razy na tydzień. W dniu takim chory powinien, jeśli to możliwe, wcale nie opuszczać łóżka. Pożywne zupy należy ograniczyć do minimum, gdyż ich wartość kaloryczna jest trudna do obliczenia, a poza tem zawierają one zawsze stosunkowo dużo soli. Z tego względu należy ograniczyć również i rosół. Dla wykorzystania pożywienia jest to obojętne, czy spożywa się je z jednoczesnym dowozem płynu, lub też nie popija się wcale. Nienormalny rozpad białka obserwowano jedynie przy bardzo silnem pragnieniu. Wzmożone wydzielanie azotu po obfitym dowozie wody jest tylko wypłukaniem zatrzymanego i już poprzednio rozłożonego białka. Jeżeli jednak ograniczamy mimo to dobową ilość płynu przeciętnie do 1500 cm^3, to opieramy się przytem na spostrzeżeniach z praktyki, że jednoczesne picie pobudza łaknienie. Wody mineralne (solne środki czyszczące) nie okazują bezpośredniego wpływu na przemianę materji. Czasami jednak przez swe działanie pośrednie na perystaltykę kiszek wywierają one wyraźny wpływ odtłuszczający. Kuracje heroiczne, które stosowano często w połowie ubiegłego wieku, zostały obecnie zupełnie zarzucone, jako szkodliwe. Masaże, stosowanie prądów o wysokiej częstotliwości, kuracje napotne — są zupełnie bezcelowe. Bardzo ważnem jest wykonywanie pewnej pracy mięśniowej. Przeprowadzenie zalecenia natrafia jednak w wielu przypadkach na znaczne trudności, albowiem otyłość polega częstokroć na współistnieniu zwiększonej chęci jedzenia i zmniejszeniu skłonności do ruchów cielesnych.

Przy otyłości czysto exogennej przeważnie wystarcza leczenie wyłącznie dietetyczne. Dodanie preparatów tarczycowych jest dozwolone tylko wtedy, gdy leczenie dietetyczne jest ze względów zewnętrznych trudne do przeprowadzenia. Ujemną stroną wielu preparatów tarczycowych jest ich niedokładne dawkowanie. Za wyjątkiem przypadków obrzęku śluzowatego udaje się jednak bardzo rzadko osiągnąć lepsze wyniki zapomocą preparatów tarczycowych u tych chorych, którzy nie reagowali uprzednio zupełnie na leczenie w przypadkach otyłości na tle zaburzeń jajnikowych. Preparaty jajnikowe stale okazują się bezskuteczne, preparaty tarczycowe wywołują częstokroć najwyżej przykre przyspieszenie tętna i pogarszają stan ogólny. Wyciągi z przedniego płata przysadki mogą, coprawda, czasami działać odtłuszczająco, lecz chyba tylko w bardzo rzadkich przypadkach.

Właśnie te przypadki otyłości, na które nie jesteśmy wstanie wpłynąć, wykazują, jak niedostateczne są jeszcze nasze wiadomości w tej dziedzinie. Może nasze wyniki lecznicze poprawią się, gdy uda nam się lepiej poznać wszystkie ważne szczegóły przemiany materji.

VENULA (SYSTEM FELIKSA MEYERA).

Samoczynna strzykawka aspirującą dla jałowego pobierania krwi i innych płynów ustrojowych.

Technika pobierania krwi została przez wynalezienie venuli znakomicie uproszczona. Venula umożliwia nadzwyczaj łatwe jałowe pobieranie oraz przechowywanie krwi i innych płynów ustrojowych i nie wymaga przytem żadnych zabierających czas czynności przygotowawczych.

Venula składa się z opróżnionego z powietrza naczynia do pobierania i z igły, pokrytej dla ochrony szklaną otoczką. Zaleta tego instrumentu polega nietylko na nadzwyczajnej prostocie obchodzenia się z nim, lecz również i na okoliczności, że materjał pobierany do badania na swej drodze z ustroju do naczynia nie styka się ani z powietrzem ani z żadnemi innemi czynnikami, któreby mogły go zanieczyścić.

Ponadto wszelkich badań można dokonywać bez przelewania pobranego płynu odrazu w naczyńku venuli, które właściwie przedstawia zwykłą próbówkę. Zarówno dla praktyki i dla szpitali, jak i dla zakładów analitycznych pobieranie materjału do badania zapomocą venuli, okazało się postępowaniem nadzwyczaj czystem, wygodnem i pewnem. Ze względu na to, że z przyrządu można korzystać tylko jeden raz, mamy każdorazowo do dyspozycji nową, ostrą igłę.

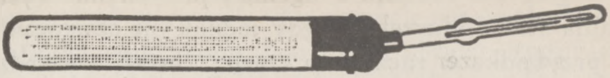

Rys. 1.

OPIS VENULI:

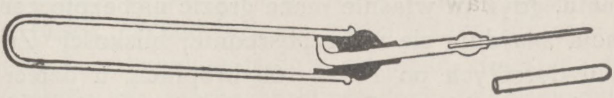
Venula (rys. 2), przedstawia próbówkę zamknię-

tą gumowym' koreczkiem i pozbawioną powietrza, tak że w venuli panuje próżnia. Przez gumowy koreczek przebiega specjalna cienka rurka, w którą wlutowana jest igła. Szklaną otoczkę chroniącą igłę usuwa się przez nadpiłowanie załączonym pilniczkiem (patrz rys. 3).

Umiarkowane odchylenienie próbówki po wkłuciu igły otwiera przebiegającą przez korek rureczkę, poczem krew wlewa się sama do próbówki. Uniesienie ku górze (patrz rys. 1 i 4) zwiększa kąt, w stanie spokoju wytwarzany przez rurkę, między naczyniem do pobrania krwi i igłą.



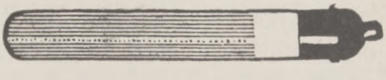
Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.
Sposób korzystania z venuli: schematy techniki odpiłowania oraz pobierania.

Przekrój przez korek gumowy uwidacznia sposób działania rurki łączącej igłę z naczyniem. Zgięta rurka wywiera ucisk mocny na gumową ściankę koreczka, co zapewnia dokładne zamknięcie instrumentu. Otóż uniesienie próbówki odchyla zgiętą rurkę od ścianki korka, otwór rurki już nie jest zatkany i krew przenika z łatwością do próbówki. Nie wolno w żadnym wypadku wywierać ucisku między próbówką i igłą przed dokonaniem nakłucia, gdyż rurka zostaje w ten sposób otwarta, a ujemne ciśnienie w próbówce wyrównane.

PRZESYŁANIE VENULI:

Zaleca się, aby po pobraniu materjału do badania nadpiłować szklaną rureczkę bezpośrednio nad gumowym korkiem i odłamać ją. Usunięcie tej rurki wraz z tkwiącą w niej igłą zabezpiecza przed uszkodzeniem. W ten sposób venula jest gotowa do przesyłki. Wszelkie inne środki ostrożności są zbyteczne, gdyż pozostała w gumowym korku zatyczka zamyka próbówkę bardzo dokładnie i szczelnie.

Dr. WALTER GIESSELMANN, oddział chirurg. Szpitala Klementyny w Hanowerze.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM SOLAESTHINY.

(Referat według Schmerz, Narkose und Anaesthesie, 1930, z. 8.)

Podczas gdy chlorek etylu wywołał już szereg zejść śmiertelnych, Solaesthina (chlorek metylenu) cechuje się tolerancją o wiele większą. Przy krótkotrwałem odurzeniu Solaesthiną pacjenci wymiotują jedynie bardzo rzad-

ko i wogóle nie skarżą się na żadne objawy działania następczego. Przedłużania stanu odurzenia nigdy jednak nie stosowano, a zwracano się w takich przypadkach raczej do eteru. Jeżeli stwierdza się objawy jakiegokolwiek pobudzenia, wówczas należy natychmiast zdjąć maskę i obudzić pacjenta, gdyż tu właśnie może grozić niebezpieczeństwo: pobudzenie i tolerancja znajdują się w bezpośredniej bliskości. Znieczulenie stale występuje u dorosłych po 100 — 160 kroplach, u dzieci po 30 — 60 kroplach. Żadnych powikłań *Giesselmann* nie stwierdził; również i uszkodzenia narządów nie są wcale w piśmiennictwie znane. Oparzeń twarzy, jak to je raz opisał *Fromlet*, również nie spostrzegano, pomimo że twarzy nie smarowano tłuszczem. Solaesthina nadaje się znakomicie dla zapoczątkowania pełnego uśpienia eterowego. Czasami zdarza się, że przy przejściu od Solaesthiny do eteru występuje duszność i sinica, prawdopodobnie, jako objawy lekkiego przedawkowania. *Giesselmann* proponuje, aby rozpoczynać podawanie eteru bardzo powoli, jednocześnie również stopniowo odstawiając Solaesthinę. Bardzo wygodnem okazuje się stosowanie Solaesthiny dla zapoczątkowania pełnego uśpienia zapomocą aparatu do narkozy *Roth-Drägera*. Solaesthinę wlewa się do flakonu brunatnego, przeznaczonego początkowo dla chloroformu. Możność regulowania wentylu pozwala dokładnie kontrolować liczbę kropel i ułatwia w ten sposób dawkowanie Solaesthiny. *Giesselmann* stosuje Solaesthinę dla zapoczątkowania każdego całkowitego uśpienia i zawsze korzysta przytem z aparatu *Roth-Drägera*. Jeżeli później chcemy pogłębić uśpienie eterowe, wówczas możemy otworzyć wentyl i przez krótką chwilę dodawać jeszcze nieco Solaesthiny.

Dr. Eryk EBSTEIN, Lipsk.

JAN STEEN, MALARZ CHORYCH.

Jan Steen (1626 — 1679) żył zaledwie 53 lata. Dlaczego umarł tak stosunkowo młodo, niewiadomo. Niewiadomo również, czy cierpiał na jakąś chorobę. W każdym razie zasługuje na uwagę, że bardzo wiele prac swych poświęcił *Steen* tematom lekarskim. Obliczyłem, że istnieje około 50 obrazów *Jana Steena*, przedstawiających wizytę lekarza u chorych dziewcząt lub kobiet. Na tej podstawie właśnie przyrodnik *Benzenberg* pisze w swych listach z podróży do Paryża, że *Jan Steen* miał widocznie jakiś swoisty pociąg do odtwarzania pokoju chorego.

Na tych licznych obrazach lekarze są przedstawieni jako doskonali znawcy ludzi, którzy jednym rzutem oka potrafią rozpoznać siedlisko cierpienia i wyniki swego badania streszczają w wierszu: „Nic nie pomoże napój lekarza, kiedy zdrowiu pacjentki miłość zagraża". Czasami malarz

sam umieszczał pod obrazem zupełnie niedwuznaczny napis, jak np. „Jeżeli się nie mylę, córeczka jest w ciąży". Na samych obrazach *Steen* jedynie zlekka zaznaczał takie rozpoznania, jak np. na obrazie, znajdującym się obecnie w muzeum w Haadze. *Benzenberg* opisał ten obraz ładnie i szczegółowo. Opis ten pozwolę sobie tu przytoczyć: „Młoda dziewczyna, lat około 16, leży w łóżku. Przed łóżkiem siedzi lekarz, któremu matka, kobieta jeszcze ładna, z wdziękiem podaje szklankę złocistego napoju. Młoda pacjentka wygląda tak dobrze i robi przytem minkę tak naiwną, jakgdyby sama się dziwiła, że jest chora. Jest to ładne dziecko — jedną swą okrągłą rękę trzyma na kołdrze, drugą założyła pod głowę. Matka natomiast jest bardzo poważna i wydaje się, jakby chciała przeciwstawić tę powagę dwuznacznemu uśmiechowi lekarza. Lekarz patrzy z upodobaniem na szklankę, — chciałby dać się prosić—uważa widocznie, że jest jeszcze nieco zawcześnie—ze względu jednak na chorą decyduje się wypić jej zdrowie. Przez otwarte drzwi widać parę pokojowych piesków i *Steen* za ich pośrednictwem wyraża mimicznie to, czego lekarz w obecności surowej matki nie miał odwagi powiedzieć i t. d." Również i inni komentatorzy, jak np. *Holländer* podzielają pogląd, że z przyjaznego zachowania się psiej parki stanowczo można wyciągnąć słuszny wniosek o chorobie pacjentki. Oprócz obrazu za łóżkiem chorej, przedstawiającego centaurów porywających nimfy, należy jeszcze zwrócić uwagę na mały kociołek z żarzącemi się węglami, który również ma pewne symboliczne znaczenie. Kto widział ten obraz w Haadze, nie zapomni go nigdy. Dr. *J. B. F. van Gils* poinformował mnie łaskawie, o czem zresztą napisał również w swej pracy, że kociołek, nad którym wisi niebieska wstążeczka, ma w danym wypadku następujące znaczenie. Rozchodzi się tu o tasiemkę od fartucha, którą zapala się nad ogniem i następnie trzyma pod nosem pacjentki. Unoszący się dym działa drażniąco i był ulubionym środkiem przeciwko przypadłościom histerycznym. Szczegół ten jest opisany w starej literaturze holenderskiej. Również i przy braku miesiączkowania sto-

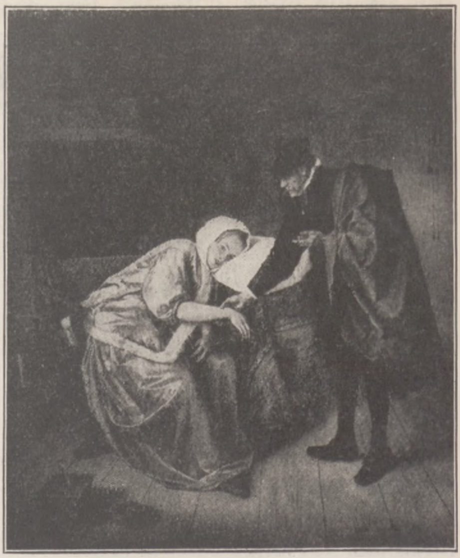


Lekarz w odwiedzinach u chorej.
Król. galerja w Hadze.



Lekarz.

Eremitage. Petersburg.



Chora kobieta.

Rijksmuseum. Amsterdam.

sowano to okadzanie bezpośrednio na brzuch. Otóż na tę właśnie okoliczność wskazuje, prawdopodobnie, obraz *Jana Steena.*

Następny obraz przedstawia „lekarza u chorej cierpiącej z powodu nieszczęśliwej miłości". Pacjentka wstała dopiero co z łóżka i siedzi na fotelu. Lekarz stoi z poważną miną i bada puls, nie patrząc nawet na chorą. W rozpoznaniu swem polega on, widocznie, tylko na wrażeniu swych palców i liczbie tętna. Obok lekarza stoi pokojówka, która chce odejść, lecz jednak z ciekawości pozostaje i przygląda się lekarzowi z dwuznacznym uśmiechem: „Czy też ten uczony pan domyśli się istoty sprawy?". Wygląda, jakby pokojówka znała chorobę, nawet nie pytając się tętna. W jej spojrzeniu widać tę jakby koleżeńską poufałość, którą dziewczęta zwykle okazują mężczyźnie, posiadającemu wspólnie z niemi tajemnicę innej kobiety. Wydaje się, że pani domu dopiero teraz w obecności lekarza czuje się naprawdę poważnie chora i nawet pies, który leży na poduszce na przednim planie obrazu, spogląda na nią z współczuciem i również ma jakby własne poglądy o chorobie swej pani. Chora ma na skroni okrągły plaster, który w 40 lat później stał się znany pod nazwą „Postillon d'amour". W głębi jakaś stara kobieta rozpala ogień. Jaki jest jej stosunek do rodziny, trudno dokładnie ustalić. Obok psa stoi holenderska fa-



Chora i lekarz.

Pinakoteka, Monachjum.



Odwiedziny lekarza.

Król. galerja w Hadze.

jerka. Tlący się, ukryty pod popiołem ogień torfowy namalował *Jan Steen* tak znakomicie, że kto go nigdy nie widział, nie potrzebuje właściwie nawet zapoznawać się z rzeczywistym! Dziwnym zbiegiem okoliczności *Benzenberg* w swem szczegółowem sprawozdaniu o tym obrazie zapomniał zwrócić uwagę, że amor na kominku zadowolony wywija swą strzałą. Podkreślenia tego rodzaju spotykamy między innemi również u *Hogartha* (1697 — 1784).

W przeciwieństwie do *Moliera, Jan Steen* skierowuje swą satyrę nie przeciw lekarzom, lecz przeciw chorym. Przy badaniach główną rolę w rozpoznawaniu odgrywa wyczuwanie tętna i oglądanie moczu, w leczeniu zaś lawatywa, która prawie całkowicie wyparła upust krwi.

ZAGADNIENIE UŚPIENIA NA ZJEŹDZIE LEKARZY KRAJÓW ALPEJSKICH W KLAGENFURCIE, 6-go i 7-go października 1930.

(Referat według Wien. Klin. W. 1930, Nr. 50.)

Starlinger stwierdził na podstawie odpowiedniej ankiety, że panującemi metodami ochrony przed bólem są w Austrji znieczulenie miejscowe i uśpienie eterowe. Chloroform stosuje się obecnie coraz rzadziej, większe rozpowszechnienie pozyskują natomiast stopniowo kombinowane sposoby uśpienia, a mianowicie z N_2O. *Starlinger* stawia słuszne żądanie, aby dla każdego poszczególnego chorego stosowano indywidualnie najodpowiedniejszy dla niego sposób uśmierzania wrażenia bólu. Dla pozyskania większego doświadczenia należy badać pod tym względem wszelkie możliwe sposoby oraz środki farmaceutyczne i to nie w celu spotęgowania działania, lecz dla osiągnięcia możliwie jaknajmniejszego działania szkodliwego. Rozstrzygającem dla oceny postępowania w celu ochrony przed bólem jest przedewszystkiem bezpieczeństwo chorego.

Lotheissen zaleca dla lekarza praktyka kombinację uśpienia eterowego z dwuchloroetylenem (nie mieszaninę!).

Ranzi: lekarz praktyk (zwłaszcza w mniejszym szpitalu) powinien nadal stosować uśpienie eterowe. Dla zmniejszenia liczby pooperacyjnych powikłań płucnych zaleca *Ranzi* insuflacje CO_2 i maskę *Ombredanna* dla uśpienia eterowego.

Finsterer stosuje w chirurgji brzucha od 2½ lat kombinację znieczulenia miejscowego z N_2O. Niebezpieczeństwa uśpienia eterowego leżą nie w tak zwanych przypadkach śmierci pod wpływem narkozy podczas operacji, lecz w przypadkach późnej śmierci wskutek zapaści, zapalenia płuc i atonji żołądka i kiszek. Na 3,500 laparotomij w znieczuleniu miejscowem *Finsterer* ani razu nie spostrzegał ciężkiej atonji, natomiast na przeszło 600 operacyj w uśpieniu, 3 chorych zmarło wskutek atonji żołądkowo-jelitowej (atonję tę stwierdzono z całą pewnością tylko w 1 przypadku podczas powtórnej laparotomji). Na podstawie swych spostrzeżeń *Finsterer* doszedł do przekonania, że również i ostre porażenie żołądkowo-jelitowe podobnie jak i tak zwany wstrząs operacyjny ze znacznym spadkiem ciśnienia krwi są przedewszystkiem skutkiem uśpienia eterowego.

Flamm donosi o 157 przypadkach podstawowego uśpienia Avertiną, wykonanych na oddziale chirurgicznym szpitala Rainera w Wiedniu bez żadnych powikłań. Zwłaszcza przy chorobie Basedowa uśpienie Avertiną okazuje się nadzwyczaj korzystne ze względu na wykluczenie wstrząsu psychicznego przed zabiegiem, zmniejszenie dolegliwości pooperacyjnych oraz zaoszczędzenie eteru. Wydaje się, że bardzo dobre wyniki powinna dać również kombinacja podstawowego uśpienia Avertiną z N_2O.

Domanig: podczas uśpienia należy zwracać baczną uwagę na opadanie szczęki dolnej, od tego bowiem zależy w większości przypadków sinica, powstająca w przebiegu podstawowego uśpienia Avertiną. Dawkowanie Avertiny należy każdorazowo dostosować do stanu chorego. Ogólne stosowanie dawki 0,1 na kg jest postępowaniem błędnem i niepozbawionem niebezpieczeństwa. Przy właściwem natomiast dawkowaniu podstawowe uśpienie Avertiną nie grozi żadnem niebezpieczeństwem i przebiega bez powikłań. Zaburzenia oddechowe można zwalczać szybko i niezawodnie inhalacjami dwutlenku węgla. Lobelina pobudza ośrodek oddechowy bardzo silnie, lecz tylko na krótki czas. Krążenie krwi jesteśmy zawsze w stanie szybko wzmocnić zapomocą Ephedriny. Wszystkie inne środki pobudzające, jak kofeina, kamfora i t. d. okazały się w tych warunkach bezskuteczne. W razie więc powikłań nie należy tracić bezużytecznie czasu na stosowanie tych

leków, lecz zwracać się odrazu do jedynie właściwego leczenia: przy zaburzeniach oddechowych CO_2, przy osłabieniu krążenia Ephedrina i wlewania dożylne.

Schönbauer: w szpitalu miejskim w Wiedniu stosowano początkowo uśpienie Avertiną, następnie zaniechano tego sposobu narkozy, a ostatnio, od czasu gdy *Bsteh* i *Links* wykazali, że obliczanie podstawowej przemiany materji umożliwia łatwe określanie wrażliwości chorych na to uśpienie, znowu powrócono do Avertiny.

Böhler stosował w ciągu ostatnich 4 lat na 7,132 zabiegi w 15,1% (1075 razy) środki usypiające: chlorek etylu i eter, w 77,7% znieczulenie miejscowe (5531 razy) w 4,6% znieczulenie lędźwiowe (326 razy) i w 2,8% (200 razy) znieczulenie splotu nerwowego. — Dla chirurgji nieszczęśliwych wypadków, a zwłaszcza dla nastawiania złamań kości, najodpowiedniejszem jest znieczulenie miejscowe. Uśmierzenie bólu jest jednym z najlepszych sposobów dla podniesienia obniżonego ciśnienia tętniczego. Po znieczuleniu miejscowem pacjenci przychodzą do siebie czasem już po kilku minutach. Duże korzyści oddaje znieczulenie miejscowe przy silnie zanieczyszczonych ranach i przy otwartych złamaniach kości. Jeżeli dokonać zastrzyku poprzez sąsiednią zdrową skórę, to znieczulający roztwór przenika do rany i częściowo chociaż wypłókuje brud. Gdy się próbuje usunąć zanieczyszczenia zapomocą przepłókiwań, to częstokroć wtłacza się je jeszcze głębiej do tkanek. Przy znieczuleniu lędźwiowem Novocainą (początkowo wypuszcza się 8 cm^3 płynu mózgowordzeniowego, następnie wstrzykuje taką samą ilość świeżo przygotowanego roztworu Novocainy) *Böhler* ani razu nie widział żadnych poważniejszych zaburzeń. Wymioty i uciążliwe bóle głowy zdarzały się rzadko.

Felsenreich stosuje dla leczenia złamań obojczyka metodę *Stöhra*, polegającą na wstrzyknięciu 10 cm^3 2%-owego roztworu Novocainy poprzez ścięgno mięśnia trójgłowego do krwiaka w miejscu złamania. Po wystąpieniu działania krwiak mocno się wygniata i masuje aż zmięknie do tego stopnia, że można wyraźnie wyczuć kłykcie stawowe. Miejsce złamania rozluźnia się wówczas całkowicie i dopiero wtedy dokonywa się nastawienia.

Dr. JERZY SZEMZÖ, kierownik oddziału dla chorób przemiany materji, polikliniki Charité w Budapeszcie.

O STOSOWANIU NAMIASTEK WĘGLOWODANOWYCH PRZY CUKRZYCY Z SZCZEGÓLNEM UWZGLĘDNIENIEM SIONONU.

(Referat według Mschr. Ungarischer Mediziner 1930, z. 9—10.)

Dla chorych cukrzycowych wchodzą w rachubę jako węglowodany i ich namiastki lewuloza, następnie produkty prażenia, powstające podczas karamelizacji, wzgl. tetraglukozany i glukoheksyd Sionon. Według spostrzeżeń *Isaaca* (Choroby przemiany materji. Błędy rozpoznawcze i lecznicze, 2 wydanie, str. 92 i 93) lewuloza tylko „przy jednorazowem podawaniu i jedynie w lżejszych przypadkach zwiększa cukromocz w stopniu słabszym niż cukier gronowy". Produkty prażenia różnych rodzajów cukrów i skrobi (karamel, glukozany) wpływają według *Grafego* (Ergebn. d. inn. Med. tom V, str. 449) pomyślnie na kwasicę, nie zwiększając jednocześnie w spo-

sób znaczniejszy poziomu cukru we krwi, ani nie oddziaływując ujemnie na wydzielanie cukru. Według *Isaaca* tetraglukozan w dawkach dobowych 30—50 g nie zwiększa w lżejszych przypadkach cukromoczu, jednak swoisty smak tego preparatu wywołuje częstokroć wstręt do jego spożywania, a poza tem powstające nierzadko biegunki utrudniają zażywanie go przez czas dłuższy.

S. J. Thannhauser i *Kurt H. Meyer* (M. M. W. 1929, Nr. 9.) stwierdzili, że chorzy dotknięci lekką i średniociężką cukrzycą znoszą Sionon (glukoheksyd) doskonale. Siła słodząca Siononu równa się 1/3 do 1/4 słodyczy cukru trzcinowego. Sionon nadaje się do gotowania i wytwarza spalając się w ustroju 390 kaloryj na 100 g. W wątrobie zwierząt głodzonych Sionon ulega polimeryzacji na glikogen, podobnie jak cukier gronowy. Nagromadzanie się glikogenu stwierdzono również i u beztrzustkowych psów cukrzycowych. Według *Thannhausera* Sionon można podawać w dawce dobowej 30 — 70 g, przyczem 98% Siononu zostaje wykorzystane; całkowitej dawki dobowej nie należy jednak spożywać odrazu, gdyż u osób wrażliwych mogą powstać biegunki. Biegunki te nie są jednak swoiste dla Siononu, gdyż wogóle węglowodany, podane w większej ilości, mogą powodować płynne wypróżnienia. W podobny sposób wyrażają się o Siononie również i inni badacze. Jedynie *Donnhoffer* i *Mittag* (Orvosi Hetilap 1930, nr. 17) po większych dawkach Siononu stwierdzali zarówno u zdrowych jak i u chorych na cukrzycę podniesienie się poziomu cukru we krwi.

Szemzö badał, czy po odcukrzeniu chorego na cukrzycę, Sionon w dawce pojedyńczej 15—20 g może znowu wywołać cukromocz. Dawka ta wystarcza nawiasem mówiąc, dla dostatecznego osłodzenia określonego pożywienia, jak np. 200 cm^3 herbaty. Następnie określono, jaką można podawać ogólną dawkę dobową, bez tego, aby w 24-godzinnym moczu ukazał się cukier.

Oto zestawienie kilku spostrzeżeń ambulatoryjnych, przyczem dokładny schemat badań *Szemzö'ego* przytaczamy dosłownie tylko odnośnie pierwszego chorego, u pozostałych zaś ograniczamy się dla zaoszczędzenia miejsca jedynie do omówienia wyników ostatecznych:

	Data	Dieta	Insulina	Dobowa dawka Siononu	Mocz	Uwagi	Epikryza
	1929 17. X.	43 g białego chleba, 100 g białka. Pozatem bez ograniczeń.	Raz dziennie 16 j.	—	—	Uprzednio, przy stosowaniu co 3 dni 16 j. insuliny-odcukrzenie. Skłonność do kwasicy.	Granicę tolerancji można przekroczyć o 30 g Siononu. Silne zdenerwowanie znowu wywołuje cukromocz. Dawka całkowita spożyta odrazu wywołuje biegunkę. Badanie moczu odnosi się do dni z prawidłowem wypróżnieniem.
I.					cukier	—	
	18. X.	"	—	30 g	nieobecny	—	
J. G.	19. X.	"	—	—	"	—	
Lat 66	20. X.	"	—	—	ślad cukru	silne zdenerwowanie poprzedniego dnia.	
	30. X.	"	—	30 g	cukier +		
Diabetes mellitus	31. X.	"	—	—	"	—	
	1. XI.	"	2 razy po 8 j.	—	" aceton +	—	
	7. XI.	"	—	—	cukier, aceton } 0	—	
	11. XI.	"	—	—	"	—	
	12. XI.	"	—	30 g	"	—	

2. Pani Gey K. Jednorazowa dawka Sionomu, wystarczająca dla osłodzenia filiżanki herbaty, nie powoduje cukromoczu.

3. A. L. 40 g Sionomu, podawane codziennie, nie okazują szkodliwego wpływu na tolerancję i usuwają istniejące poprzednio zaparcie. Dawki 60 g (3 × 20 g) wywołują biegunkę.

4. Pani L. F. Sionon w pojedyńczych dawkach leczniczych nie powoduje wyraźniejszego zwiększenia się poziomu cukru we krwi, któryby prowadził do cukromoczu. Podawanie w dawkach po 30 g co trzeci dzień nie okazuje żadnego ujemnego wpływu na stopniową poprawę tolerancji. Po 50 g minimalny cukromocz.

5. E. S. Chory nie może przestrzegać dokładnych przepisów dietetycznych przez dłuższy czas. Z przeprowadzonych badań wynika, że Sionon w pojedyńczych dawkach leczniczych nie zwiększa poziomu cukru we krwi i nie wywołuje cukromoczu. Ta sama ilość skrobi wywołuje w dniu 29.III. znaczny, a 17.IV. umiarkowany cukromocz.

6. Pani J. Bl. 10 g Sionomu nie powoduje cukromoczu; działania większych dawek nie można było zbadać, gdyż po kilkakrotnem podaniu 10 g chora zaczęła się skarżyć na uczucie ucisku w żołądku, co zależało, prawdopodobnie, od nadwrażliwości żołądka. Na sondowanie żołądka pacjentka się nie zgodziła.

7. Pani Ign. Fü. Chora znosi Sionon znakomicie. Ani w dawkach równowartościowych, ani nawet przekraczających tolerancję białego chleba, Sionon nie powoduje cukromoczu. Niezwykłem było działanie na poziom cukru we krwi: mniejsze podnoszenie się poziomu po podaniu herbaty i 25 g białego chleba i 15 g Sionomu, niż przy podawaniu samej herbaty i 25 g chleba.

8. Pani Em. Sz. Na początku leczenia 30 g Sionomu wywołują cukromocz. Po poprawieniu się tolerancji poziom cukru we krwi po dawce pojedyńczej 15 g Sionomu podnosi się jedynie bardzo nieznacznie, nie powodując przytem cukromoczu. 10 g białego chleba wywołują cukromocz.

9. Pani G. K. 30 g Sionomu, dodane do ścisłej diety, nie wywołują cukromoczu, pomimo że odpowiednia ilość węglowodanów w postaci skrobi wywołuje cukromocz 0,2%. Po dniach jarzynowych poprawa tolerancji. Chora poza węglowodanami znosi dobrze również 40 g Sionomu. Później, po pogorszeniu wywołanem napadem kamicy żółciowej, po 40 g białego chleba występuje cukromocz, natomiast po 60 g Sionomu obecności cukru nie stwierdza się.

10. J. F. Szofer z wrzodem żołądka i marskością wątroby. Po 40 g galaktozurja 4,5 g w ciągu 12 godzin. Po 40 g Sionomu chory wydzielił w ciągu 12 godzin 1,2, zaś po 40 g cukru gronowego w ciągu 12 godzin wydzielił 3 g cukru, przyczem cukier znajdował się tylko w porcji z drugich 6-ciu godzin. Wynika z tego, że Sionon wywołał u chorego na wątrobę mniejszy cukromocz niż cukier gronowy. Najgorzej chory znosił galaktozę.

11. Z., ślusarz, lat 51. Nadczynność tarczycy. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 53%. Po 40 g galaktozy wydzielił w ciągu 6 godzin 5,17 g. Obciążenie cukrem: poziom cukru we krwi naczczo 0,147%, w 3 kwadranse po 40 g glukozy 0,205. W ciągu 12 godzin wydzielił 0,68 g cukru. Obciążenie Sionomem: cukier we krwi naczczo 0,122%, w 3 kwadranse po 40 g Sionomu 0,133%. W ciągu 12 godzin wydzielił 1,2 g cukru. Wieczorem nieznaczna biegunka. Na uwagę zasługuje w tym przypadku, że zarówno po cukrze jak i po Sionomie w drugim okresie sześciogodzinnym występował cukromocz.

Badań nad ewent. przeciwkwasicowem działaniem Sionomu i jego wpływem na zwiększanie się wagi chorych *Szemzö* nie mógł przeprowadzić, gdyż materjał jego składał się wyłącznie z chorych ambulatoryjnych, u któ-

rych codziennego zużycia kaloryj określać przez dłuższy okres czasu nie było możliwem.

Z badań autora wynika więc, że małe pojedyncze dawki Sionenu nie zwiększają w sposób znaczniejszy poziomu cukru we krwi i nie wywołują cukromoczu. Większe dawki mogą, zwłaszcza przy chwiejnej tolerancji, doprowadzić do wydzielania cukru, przyczem tolerancja Sionenu okazuje się większa niż innych węglowodanów. Dawka pojedyńcza może wynosić przeciętnie 15 do 20 g, dawka dobowa 30—40 g, ewent. 60 g. Tolerancję Sionenu należy według zdania *Szemzö'ego* określać w każdym poszczególnym przypadku. Dłuższe używanie średnich dawek — jeżeli Sionenu nie przyjmuje się codziennie — nie wywiera żadnego wpływu na tolerancję. Przy wahaniach tolerancji *Szemzö* odstawia Sionon na czas pogorszenia. Sionon wyróżnia się swym przyjemnym słodkim smakiem. Dalsza zaleta Sionenu polega na tem, że w umiarkowanych dawkach usuwa on zaparcie, tak niepożądane dla chorych cukrzycowych.

Dr. E. GOTTLIEB i Dr. N. J. NISSEN (Ugeskr. f. Laeger 1930, Nr. 45), Prof. Dr. LESCHKE, Berlin (Derm. Wo. 1931, Nr. 1.), Prof. Dr. JESSNER, Wrocław (Derm. Kongr. Królewiec 1929).

O ZALEŻNOŚCI CIERPIEŃ METASYFILITYCZNYCH OD POPRZEDZAJĄCEGO LECZENIA.

Niektórzy autorzy wyrażali błędny pogląd, że spotrzegane w ostatnich latach zwiększenie się ilości przypadków chorób narządu krążenia i układu nerwowego znajduje się w związku ze stosowaniem Salvarsanu. W Danji, gdzie kiłowe zajęcie tętnicy głównej było znane o wiele wcześniej niż w Niemczech, nie stwierdzono zwiększania się częstości zmian aortalnych w okresie salvarsanowym. Toż samo dotyczy porażenia postępującego; ilość paralityków nawet się zmniejszyła. Bezpośredniej więc zależności przyczynowej między Salvarsanem a chorobami aorty wykazać nie można. Wydaje się raczej, że chorzy ze zmianami kiłowemi tętnicy głównej, jak już na to zwrócił uwagę *Müller - Deham*, byli leczeni niedostatecznie — przeważnie rtęcią — albo wogóle nie byli wcale leczeni. *Gottlieb* i *Nissen* badali 140 chorych i stwierdzili, że z pośród 87 osobników ze zmianami metakiłowemi zaledwie dwóch otrzymywało po wystąpieniu pierwszego okresu Salvarsan. Pozostałych 85 leczono wyłącznie rtęcią lub nie leczono wcale. W każdym razie, jak wynika z powyższych spostrzeżeń, Salvarsan nie mógł być powodem choroby naczyń sercowych; wyniki te dowodzą ra-

czej, że leczenie Salvarsanem chroni przed wystąpieniem chorób serca i naczyń.

Również i *Leschke* zwrócił uwagę, że zwiększenie się ilości przypadków kiły aorty oraz kiły układu nerwowego nie może zależeć od stosowania Salvarsanu. 88% chorych kiłowych, badanych przez *Leschkego*, wogóle nie było leczonych Salvarsanem, a w 10% leczenie było niedostateczne i rozpoczęte zbyt późno. *Leschke* wszystkie kiłowe choroby serca i naczyń nawet przy istniejącej niedomodze serca leczy Salvarsanem w połączeniu z jodem i bizmutem. Jod podaje dożylnie, bizmut domięśniowo. Przez pierwsze 3 lata kurację należy powtarzać co $^1/_2$, $^3/_4$ i 1 rok, a w międzyczasie podaje się jod do wewnątrz i w czopkach.

Dalszych szczegółów w tej sprawie dostarczyła niemiecko-rosyjska ekspedycja dla badania kiły. *Jessner* ogłosił sprawozdanie tej ekspedycji w r. 1929 na zjeździe dermatologów w Królewcu. Jednym z zadań ekspedycji było wyjaśnienie wątpliwości, które powstały w ostatnich czasach odnośnie do związku między częstością zajęcia kiłowego aorty i chorobami nerwowemi (porażenie postępujące, wiąd rdzenia) a leczeniem. Jak wiadomo, panował rozpowszechniony pogląd, że w tych krajach, w których kiła występuje endemicznie i nie jest prawie wcale leczona, wiąd i porażenie się nie zdarzają. Oskarżano alkohol, ospę, a przedewszystkiem leczenie, że sprzyja ono występowaniu tak zwanej kiły nerwowej. Twierdzono, że im silniej występują objawy skórne, tem mniejszą ma być skłonność do kiły nerwowej. Leczenie, zwalczając objawy skórne, miało jakoby utrudniać wytworzenie się naturalnej odporności. Wszystkie te zagadnienia można byłoby rozstrzygnąć w sposób dokładny jedynie gdyby się zbadało naród dotknięty w znacznym stopniu kiłą i wcale nie leczony. Otóż taki właśnie naród, Burjaci, żyje w Mongolji i do niego właśnie skierowała się niemiecko-rosyjska ekspedycja naukowa. Niemieccy i rosyjscy specjaliści badali ludność burjacką zapomocą wszystkich środków pomocniczych współczesnej medycyny.

Otóż jednym z najważniejszych stwierdzonych faktów było ustalenie, że prawie w 50% kiła była utajoną i można ją było rozpoznać jedynie serologicznie. Dotychczasowy więc pogląd o szczególnej obfitości objawów kiły endemicznej wcale nie odpowiada rzeczywistości. Badania rentgenologiczne *Patziga*, przeprowadzone na materjale 422 chorych kiłowych, wykazały, że zajęcie tętnicy głównej występuje u Burjatów prawie tak samo często jak w Niemczech. *Beringer* (Heidelberg) stwierdził, że wiąd rdzenia i porażenie postępujące wcale nie należą u Burjatów do rzadkości. Na 400 zbadanych płynów mózgowordzeniowych u 33 stwierdzono niewątpliwy metalues; u 5 podejrzewał *Beringer* początki porażenia. Z pośród 33 z metasyfilisem, 29 przed wystąpieniem objawów nerwowych nie leczyło

się wcale, pozostali 4 byli leczeni przez lamę, prawdopodobnie, rtęcią, w każdym razie w sposób zupełnie nie wystarczający. Wśród 18 tabetyków u 8 stwierdzono wyleczone ewent. czynne trzeciorzędowe zmiany skórne. Oprócz metasyfilisu w 25 przypadkach stwierdzono kiłę mózgowordzeniową. W każdym razie wyniki badań dowodzą, że wiąd i porażenie występują u nieleczonych chorych kiłowych nadzwyczaj często. Ekspedycja wykazała więc w sposób niewątpliwy, że współczesny sposób leczenia kiły w żadnych warunkach nie sprzyja występowaniu kiły nerwowej i że w związku z tem „możemy i powinniśmy prowadzić walkę z rozpowszechnianiem się kiły wszelkiemi nowoczesnemi metodami leczniczemi". Należy się spodziewać, że jednocześnie ze stwierdzonem statystycznie zmniejszeniem się częstości kiły, zniknie stopniowo również i jej ostatni okres — kiła nerwowa.

Dr. MORA EMIL APAHIDA.

O LECZENIU KIŁY CASBISEM.

Stosowałem Casbis jednocześnie z Salvarsanem w wielu przypadkach kiły we wszystkich okresach. Dla dokładniejszego przekonania się o skuteczności tego preparatu bizmutowego zacząłem go stosować oddzielnie, bez Neosalvarsanu i osiągałem wyniki nadspodziewanie pomyślne. Jako przykłady pozwolę sobie przytoczyć kilka przekonywujących przypadków:

1. Sz. Z., 25 lat. Zgłasza się o poradę 22.VII.1928. Stwierdzam obecność owrzodzenia pierwotnego, istniejącego już od 10 dni. Wstrzykiwałem choremu dopośladkowo co 3 dni Casbis w dawce po 1 cm^3, ogółem 18 zastrzyków. Po 4-em wstrzyknięciu owrzodzenie zaczęło się zmniejszać, a po 8-em zagoiło się zupełnie. Odczyn Wassermanna po zakończeniu kuracji stale aż do chwili obecnej ujemny.

2. B. J., 33 lat, kiła drugorzędowa, Wassermann + +. Po 16 wstrzykiwaniach Casbisu odczyn Wassermanna staje się ujemny i pozostaje nadal ujemny aż do dnia dzisiejszego. Chory zgłosił się do leczenia 30.VIII.1928 r.

3. B. J., 56 lat, zgłasza się po poradę 3.XI.1929. Na mosznie stwierdziłem obecność owrzodzenia, które mimo wszystkich dotychczas stosowanych maści nietylko nie okazywało żadnej skłonności do gojenia się, lecz raczej nawet się zwiększało. Rozpoznałem kilak i rozpocząłem natychmiast wstrzykiwania Casbisu. Po 10 wstrzykiwaniach kilak zagoił się zupełnie. Chory ten otrzymał ogółem 24 zastrzyków dokonywanych bez przerwy, a mimo to nie stwierdziłem najmniejszych nawet objawów działania ubocznego.

Wszyscy chorzy, których leczyłem, znosili Casbis bardzo dobrze; wstrzykiwania są zupełnie niebolesne i nawet stosowanie większych dawek nie wywołuje objawów zatrucia lub podrażnienia nerek. Na podstawie znakomitych wyników, jakie udało mi się osiągnąć zapomocą Casbisu, polecam go wszystkim kolegom, jako znakomity środek przeciwkiłowy. Na uwagę zasługuje ponadto okoliczność, że Casbis jest preparatem bardzo tanim.

JAN KEPLER (Z OKAZJI 300-lecia ŚMIERCI)



Jan Kepler

Jan Kepler, odkrywca praw ruchu planet, urodził się 27.XII.1571 r. w miasteczku Weilder-Stadt jako potomek zubożałej rodziny szlacheckiej *von Keppel*. Od roku 1589 do 1591 studjował *Kepler* teologję w Tubindze, gdzie zapoznał się również z nauką Kopernika. W r. 1594 został mianowany matematykiem ziemskim zboru protestanckiego w Styrji. W r. 1596 *Kepler* wydał swe pierwsze dzieło: Prodomus disserationum cosmographicum de admirabili proportione coelesticum orbium etc., w którem, opierając się na poglądach mistycznych, usiłował wykazać harmonję panującą w naszym układzie planetarnym. Dzięki tej pracy *Kepler* poznał się ze słynnem astronomem *Tycho de Brahe* i podążył za nim w charakterze jego ucznia w r. 1601 do Pragi. Po śmierci wielkiego uczonego *Kepler* został matematykiem i nadwornym astronomem cesarza niemieckiego *Rudolfa II Habsburga* i zajął się przedewszystkiem obliczaniem nowych tablic planetarnych, sporządzanych na podstawie spostrzeżeń poczynionych przez *Tycho de Brahe*. Po długiej uciążliwej pracy, *Kepler* wykrył dwa pierwsze, nazwane jego imieniem, prawa ruchu planet i ogłosił je w r. 1609 w swem głównem dziele: „Astronomia nova, seu Physica coelestis tradita commentariis de motibus stellae Martis". W dwa lata później ukazały się „Dioptrice" *Keplera*, zawierające teorję soczewek i zasady lunety astronomicznej. Po złożeniu *Rudolfa* z tronu *Kepler* w r. 1612 przesiedlił się do Linzu, aby uczyć tam w miejscowej szkole matematyki, sprawdzać plany prowincji i ukończyć wreszcie swoje tablice planetarne. W r. 1619 *Kepler* ogłosił trzecie prawo ruchu planet w dziele pod tytułem „Harmonices mundi libri V". W r. 1622 *Ferdynand II* mianował *Keplera* cesarskim matematykiem i to umożliwiło mu ukończenie nowych tablic planetarnych, które autor ku czci swego protektora nazwał „Tabulae Rudolphinae". *Wallenstein*, do którego *Kepler* udał się w r. 1628 do Sagan, nie zgodził się na wypłacenie mu ze skarbca królewskiego należnej mu sumy 12,000 guldenów. *Kepler* chciał wówczas podtrzymać swe żądanie przed parlamentem i podążył do Regensburga, lecz trudy podróży tak go wyczerpały, że ciężko zachorował i 15.XI.1630 zmarł. Rękopisy *Keplera* zostały w r. 1778 zakupione przez cesarzową Katarzynę II i znajdują się obecnie w obserwatorjum astronomicznem w Pułkowie.

Kepler położył pewne zasługi również i dla nauki lekarskiej. Okulistów powinna zainteresować okoliczność, że *Kepler* wyjaśnił fizjologję widzenia w sposób, jak na owe czasy bardzo dokładny. Jego dzieło „Dioptrice" zawiera teorję soczewek. O „przyrządzie do widzenia" jak nazywał *Kepler* okulary, pisze on co następuje: „Kto ma jednak zdolność widzenia wyraźnie punktu stosunkowo odległego, ten, korzystając z wypukłych szkieł, zmienia stożek promieni blisko leżącego punktu, tak, że przenika on do wnętrza oka również jakby z odległości. Promienie zostają tak skierowane, że kończą się akurat na siatkówce; gdyby stożek promieni nie został poprawiony przez szkła, wówczas stałoby się to, o czem mówiliśmy w rozdziale 26-ym, a mianowicie stożek z powodu bliskości promieniującego punktu zostałby przez siatkówkę przecięty i musiałby zakończyć się za

nią; w ten sposób stożki promieniujących punktów pozyskałyby pewną szerokość i pokrywałyby się wzajemnie. Również i odwrotnie, kto już od urodzenia widzi jedynie zbliska i nie na dużej przestrzeni, ten korzystając ze szkieł wklęsłych, zmienia stożek promieni odległego punktu w ten sposób, że wydaje się, jakby promienie te wychodziły z punktu bliskiego, dzięki czemu przenikają do wnętrza oka. Bez szkieł zaś stałoby się to, o czem mówiliśmy w rozdziale 27-ym: stożek tak oddalonego punktu zakończyłby się przed osiągnięciem siatkówki i w dalszym swym przebiegu rozszerzyłby się znowu; w ten sposób snopy promieni padałyby na znaczną powierzchnię siatkówki, łączyłyby się z sąsiedniemi i pokrywały się wzajemnie. Doświadczenie potwierdza to w sposób znakomity".

Tyle pisze *Kepler*. Znał on, prawdopodobnie, krótkowzroczność i starowzroczność, nie znał jednak nadwzroczności. Przyszłość pokazała, że naukę *Keplera* rozwijano następnie coraz szerzej, tak że również i my obecnie, jak powiada *Rohr* (Naturwissenschaften 1930, z. 46) budujemy swą wiedzę na założonych przez *Keplera* fundamentach.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

O stosowaniu Hexozofosforanu wapnia dla pobudzenia zwapnienia ognisk gruźliczych.

Funaoka zakażał dootrzewnowo prątkami gruźlicy ludzkiej króliki i świnki morskie, a następnie wstrzykiwał im przez 2—3 tygodni dożylnie lub podskórnie łatwo rozpuszczalną sól wapniową estru kwasu glukozo- 6 -fosforowego. Po upływie kilku tygodni, wzgl. miesięcy, ogniska gruźlicze wapniały całkowicie, tak że chrzęściły przy przecinaniu. U zwierząt kontrolnych stwierdzano znacznie mniejsze odkładanie się soli wapnia. Odkładanie się wapnia *Funaoka* uzależnia od fosfatazy wytwarzającej się u królików w tkance ziarninowej ognisk gruźliczych.

Dr. S. Funaoka, dr. G. Morita i Sh. Fujita.
anat. Kyoto (Orient J. of. Dis. Infants 1929, tom 6.)

W sprawie zakażenia prątkiem Banga (Choroba Banga i splenomegalja).

Schottmüller zapatruje się bardzo sceptycznie na opisywane wyniki dotychczasowego leczenia zakażenia prątkiem Banga Salvarsanem, chininą, preparatami salicylowemi, heksametylenotetraminą i związkami srebra. Wobec tego, że czas trwania choroby Banga waha się od kilku tygodni do wielu miesięcy, nie można z jednego napadu gorączki wnioskować o istotnej skuteczności sposobu leczenia. Regularne podawanie Pyramidonu (1,0 — 3,0 pro die) doprowadza gorączkę do ustąpienia. Czy skraca to czas trwania choroby, pozostaje nierozstrzygnięte. *Schottmüller* stosuje to leczenie tak długo, dopóki przy próbach odstawienia Pyramidonu gorączka nie przestanie się podnosić.

Prof. dr. H. Schottmüller,
Poliklinika Uniw. i III klinika chor. wewn. w Hamburgu (Eppendorf) (Dtsch. med. Wo. 1930, Nr. 43.)

Odpowiedź na pytanie co do wpływu parafiny na powstawanie raka.

W ostatnich czasach wskutek zwiększonego stosowania parafiny powstało pytanie, czy zażywanie w ciągu długiego czasu oleju parafinowego jako środka czyszczącego może ewent. doprowadzić do wytworzenia się raka. *Teutschländer* odpowiada na to pytanie, że przypadki takie nie są jeszcze dotychczas znane. W każdym razie *Hoffmann, Schreuss* i *Zurhelle* wywołali jakoby u myszy przez pendzlowanie płynną parafiną niepewny zresztą guz nowotworowy. Pytanie, czy czysta parafina wogóle może działać rakotwórczo, można rozstrzygnąć ostatecznie jedynie przez doświadczenia na zwierzętach. W fabrykach parafiny zdarzały się dotychczas choroby tylko skórne i to głównie u robotników, którzy pracowali z nieoczyszczoną parafiną; robotnicy zajmujący się produktami oczyszczonemi na żadne choroby nie zapadali.

Prof. dr. Teutschländer,
Instytut rakowy w Heidelbergu, (M. m. Wo. 1931, Nr. 1.)

Badania nad pokarmami potrzebującemi większej ilości witamin.

Istnieją pokarmy, dla których przyswojenia ustrój potrzebuje większej ilości witamin. *Seyle* nazywa je witaminożądnemi. Witaminożądnym A jest więc taki związek, który wymaga większego dowozu witaminy A. Kazeina np. potrzebuje znacznej ilości witaminy A. Jednostronne żywienie kazeiną może wywołać kseroftalmję. Świnka morska żywiona wyłącznie węglowodanami i całkowicie pozbawiona dowozu witamin może utrzymać się przy życiu przez miesiąc, podczas gdy to samo zwierzę przy równie bezwitaminowem żywieniu kazeiną już po tygodniu gi-

nie z powodu bardzo ciężkiej kseroftalmji. Badanie więc związków potrzebujących dużej ilości witamin ma bardzo wielkie znaczenie. Z badań tych wynika, że określanie zawartości witamin w środkach odżywczych nie może jeszcze ostatecznie rozstrzygać o ich wartości, gdyż zużycie witamin przez ten pokarm może, oczywiście, znacznie zmniejszyć jego wartość witaminową. Wyniki te nie przedstawiają zasadniczo nic nowego, byłoby jednak bardzo ciekawem, dokładnie wreszcie wykazać w praktyce to powinowactwo pokarmów do witamin.

Dr. H. Selye,

Zakład pat. og. i doświad. Uniw. Niem. w Pradze. (Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1930, tom 74).

O leczeniu ciężkiego tężca Avertiną.

Loewe opisuje przypadek bardzo ciężkiego tężca, w którym udało się zapomocą Avertiny osiągnąć wyleczenie. Według zdania autora należy się Avertinie przy leczeniu tężca przyrannego pierwsze miejsce wśród wszystkich środków narkotycznych.

Dr. Loewe,

Tow. Lek. w Rostocku. Posiedz. 24. VII. 1'30. (M. m. W. 1930, Nr. 43.)

O leczeniu osłabienia krążenia przy septycznem zapaleniu otrzewnej podskórnemi wstrzykiwaniami Suprareniny.

W przypadkach zapaleń otrzewnej z przedziurawienia, w których ostre, ośrodkowe porażenie naczynioruchowe i objawy intoksykacji opanowują obraz kliniczny a choremu grozi zejście śmiertelne wskutek zapaści układu krążenia, Suprarenina może jeszcze częstokroć uratować życie. W zależności od ciężkości przypadku i wieku chorych, należy co ½ do 2 godzin wstrzykiwać podskórnie 0,1 — 0,3 cm^3 roztworu Suprareniny 1 : 1000, aż do chwili, gdy stan bezpośrednio zagrażający życiu będzie można uważać za przezwyciężony. Wstrzyknięty roztwór należy natychmiast starannie i mocno rozetrzeć. (O podobnych wynikach doniósł niedawno również dr. *C. Haeberlin,* Fortschr. d. Th. 1930, Nr. 14.).

Dr. A. Faber,

Szpital Miejski w Nauheim (D. M. W. 1930, Nr. 51).

Nowy sposób rozpoznawania kamicy nerkowej?

Friedländer wstrzykiwał dwóm pacjentom z objawami chorobowemi niewyraźnego pochodzenia w celu ogólnego wzmocnienia Tonophosphan fortius (sól sodową kwasu dwumetylo-aminometylo-fenylofosfinowego). W związku z temi wstrzykiwaniami u obu chorych wystąpiły objawy kolki nerkowej, co zwróciło uwagę autora na nerki i umożliwiło mu postawienie ścisłego rozpoznania kamicy nerkowej. *Friedländer* zaleca wobec tego, aby w odpowiednich przypadkach sprawdzać, czy Tonophosphan działa rozpuszczająco i uruchomiająco na kamienie, gdyż możnaby go było ewent. wykorzystać dla rozpoznawania i leczenia kamicy nerkowej *).

Dr. W. Friedländer,

Amb. chorób wewnętrznych prof. dr. ROSINA i dr. HIRSCH-MAMROTHA w Berlinie. (Med. Welt 1930, Nr. 50.)

Zakrzep żylny i ropnica.

Lange opisuje 5 przypadków cierpień usznych, przeważnie zapalenia ucha środkowego, powikłanych zakrzepami zatoki jamistej i żyły szyjnej. Autor wstrzykiwał chorym Rivanol. Wyniki były naogół bardzo pomyślne, gdyż zmarło tylko jedno dziecko, prawdopodobnie, z powodu zbyt późnego rozpoczęcia kuracji Rivanolowej.

Dr. E. Lange, Aarhus.

(Hospitalstidende 1930, Nr. 39.)

*) W Med. Welt 1931, Nr. 1 Herszky (Berlin-Grunewald) donosi, że podczas leczenia Tonophosphanem spostrzegł objawy kolki żółciowej, wobec czego uważa za możliwe, że Tonophosphan okazuje na kamienie wpływ pobudzający.

W sprawie kodeinizmu.

Heimann-Hatry donosi o następującym przypadku kodeinizmu:

W listopadzie 1929 r. zgłosiła się do niego po raz pierwszy pacjentka z prośbą, aby ze względu na dokuczliwy kaszel zapisał jej tabletki kodeiny po 0,05, które jej poprzednio sprawiły znaczną ulgę. *Heimann-Hatry* nie stwierdził przy badaniu żadnych zmian przedmiotowych, zapisał jej jednak na ten istniejący jakoby kaszel 20 tabletek kodeiny po 0,03. Po upływie 5 dni pacjentka zgłosiła się powtórnie z temi skargami. Pomimo braku zmian chorobowych, lekarz powtórzył tę samą receptę. Gdy jednak pacjentka po kilku dniach znowu przybyła po poradę, skarżąc się na te same dolegliwości, a badanie płuc nie wykryło żadnych zmian chorobowych, wówczas sprawa wydała się autorowi podejrzaną i zapisał chorej wbrew jej życzeniom środek wykrztuśny. Po tygodniu pacjentka zgłosiła się jeszcze raz, skarżąc się na stare dolegliwości. Gdy i tym razem nie otrzymała kodeiny, nie pokazała się więcej.

Na tem sprawa jednak się jeszcze nie skończyła. Po 4 tygodniach *Heimann-Hatry* dowiaduje się, że pacjentka sfałszowała jego ostatnią receptę środka wykrztuśnego. Wytarła ona zapisany lek i zapisała na jego miejsce 20 tabletek kodeiny po 0,05 g. Aptekarz poznał jednak fałszerstwo i receptę zatrzymał. Urzędnik policyjny, czynny już od wielu lat w oddziale środków odurzających twierdzi, że w przeciwieństwie do innych pochodnych opjum, jest to pierwszy znany mu przypadek usiłowania dokonania nadużyć z kodeiną. Pomimo, że przy kodeinie niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się nie jest zbyt wielkie, to jednak przy długotrwałem, zwłaszcza nieprzerywanem podawaniu, wskazana jest ostrożność.

Dr. Walter Heimann-Hatry. Kolonja.

(Med. Kl. 1930, Nr. 45.)

O leczeniu zapalenia płuc surowicą.

René Mignot opisuje w Presse Médicale 1930, Nr. 96, str. 1630, metodę leczenia zapalenia płuc surowicą. Z pracy tej wynika, że leczenie zapalenia płuc surowicą stosuje się w ostatnich czasach we Francji bardzo często i z dużem powodzeniem. Wstrzykuje się domięśniowo dawki do 100 cm^3, w ciągu zaś dni następnych wstrzykuje się w razie potrzeby jeszcze raz 20—40 cm^3. Według *Mignota* „można zupełnie ogólnie stwierdzić, że leczenie zapalenia płuc surowicą przedstawia prawdziwy postęp w leczeniu zakażenia pneumokokowego i zasługuje na szerokie stosowanie w praktyce. Surowicę można stosować zarówno u dzieci i dorosłych, jak i u starców, należy ją jednak dla osiągnięcia pomyślnych wyników wstrzykiwać dostatecznie wcześnie i w silnych dawkach. Swoisty wpływ jest niezawodny, lecz tylko częściowy, gdyż działa on wyłącznie na objawy ogólne zakażenia. Aby wpłynąć również i na zaburzenia czynności i zmiany anatomiczne należy oprócz wstrzykiwań surowicy stosować i wszelkie zwykłe metody leczenia zapalenia płuc".

Dr. René Mignot.

(Presse Méd. 1930, Nr. 96.)

O trawieniu żołądkowem mleka i mleka z Pegniną.

Nietylko dzieci lecz również i ludzie dorośli, a zwłaszcza dotknięci różnemi chorobami, znoszą mleko z dodatkiem Pegniny o wiele lepiej niż zwykłe mleko. Tłumaczy się to różnicą w trawieniu żołądkowem mleka samego lub z dodatkiem Pegniny. Mleko pegninowe zachowuje nadal w żołądku swój stan dobrego skłaczkowania, opuszcza żołądek prędzej i wymaga dzięki temu od żołądka znacznie mniej pracy wydzielniczej i ruchowej. Kwasota treści żołądkowej, cofanie się z dwunastnicy oraz ilość i trwanie wydzielania następczego są przy mleku pegninowem o wiele mniejsze niż przy mleku zwykłem. Prawdopodobnie rozkład

fermentacyjny parakazeiny odbywa się w żołądku przy mleku pegninowem szybciej niż przy zwykłem; również i kiszki mogą naogół bez żadnych dolegliwości strawić drobnokłaczkową parakazeinę, którą po spożyciu mleka pegninowego otrzymują w nieco większej ilości.

Dr. H. Rösch.

Klinika Uniw. chor. wewn. Lindenburg-Kolonja (Arch. f. Verdauungskrh. 1930, tom 48.)

O biernem mięsieniu naczyń u obłożnie chorych i ozdrowieńców dla niedopuszczenia do powstawania zakrzepów.

Zmodyfikowany przez *Böttnera* sposób *Frankego* zmniejsza w znacznym stopniu częstość wytwarzania się zakrzepów żylnych. Metoda *Frankego* polega na powtarzanem opróżnianiu i napełnianiu naczyń krwionośnych. Wykonywa się ją przez podnoszenie naprzemian do linji pionowej rąk, a następnie — w pozycji leżącej — nóg. Przy staniu lub siedzeniu z podniesionemi ramionami występuje mniej więcej po 10—15 sekundach w podudziach i stopach uczucie silnego napięcia. Wówczas chory kładzie się i podnosi nogi pionowo na 7—8 minut. Te ruchy kończyn górnych i dolnych wykonywa się w zależności od potrzeby kolejno 4—5 razy i powtarza tę gimnastykę około 3 razy dziennie. *Franke* jako chirurg wymyślił ten sposób dla ludzi zdrowych i chorych chirurgicznych, a zwłaszcza dla dotkniętych chorobami kończyn (zanokcica, zapalenie szpiku kostnego, choroby stawów i t. d.). Dla obłożnie chorych, dotkniętych cierpieniami narządów wewnętrznych oraz dla rekonwalescentów postępowanie to w jego dotychczasowej postaci jest zbyt heroiczne. Z tego powodu *Böttner* udoskonalił metodę *Frankego* przez zbudowanie specjalnego przyrządu dla wysokiego unoszenia nóg. Przyrząd ten składa się z 2 prostokątnych desek 85×30 cm, połączonych w ten sposób, że umożliwiają wszelkie dowolne ustawienie do 60°. Sposób *Böttnera* pozwala na zachowanie elastyczności naczyń i ciała nawet u ciężko chorych z gorączką lub bez, zmuszonych do długotrwałego leżenia w łóżku. Sposób ten już podczas leżenia w łóżku przygotowuje chorego do wstania. Okres rekonwalescencji skraca się. Metoda nie dopuszcza do wytwarzania się zakrzepów żylnych. Gimnastyka naczyń pozwala na zachowanie prawidłowego stosunku między krwią krążącą i rezerwową.

Prof. dr. A. Böttner.

Oddz. wewn. Szpitala Miejskiego w Królewcu (D. M. W. 1930, Nr. 44.)

Tiosiarczan sodu.

Tiosiarczan sodu stosowano już często przy chorobach skóry. Jedno ze starszych doniesień na ten temat pochodzi od *Sicilii*, który przy trądziku wstrzykiwał dożylnie wysokoprocentowe roztwory tiosiarczanu. Również i na świerzbę ma $Na_2S_2O_3$ okazywać wpływ pomyślny. Osobiście miałem przypadkowo sposobność przekonania się o działaniu leczniczem tiosiarczanu sodu. Gdy, mianowicie, sprawdzałem wartość podanej przez *Nyiriego* próby czynnościowej nerek, zauważyłem, że chorzy, których poddałem tej próbie, wykazywali o wiele większą skłonność do gojenia się objawów skórnych niż inni pacjenci. Na szczególną uwagę zasługuje poprawa bardzo uporczywych, nie poddających się poprzednio żadnemu leczeniu, wykwitów łuszczycowych. Wstrzykiwałem dożylnie kilka razy po 10 cm^3 10%-owego roztworu tiosiarczanu sodu.

Jadowitość preparatu jest nadzwyczaj mała. Króliki np. wagi 3000 g znoszą bez żadnych objawów podskórne wstrzykiwania 1,7 g. Silnych napadów gorączkowych, które czasami spostrzegałem, inni autorzy, a zwłaszcza *Nyiri*, nie obserwowali wcale. Czy gorączka ta zależała od złego przygotowania wody, czy też od wypadnięcia koloidalnej siarki, pozostaje nierozstrzygnięte. Wypadanie koloidów mogłoby ewent. nawet tłumaczyć nieznany dotychczas mechanizm działania leczniczego. Badania *Salkowskiego* oraz moje własne wykazały, że 33—50% tiosiar-

czanu wydziela się w moczu w niezmienionej postaci, a reszta w postaci kwasu etero-siarkowego.

Dr. R. Riehl.

K. Jaffé opisuje 3 chorych, u których pod wpływem zarówno zewnętrznego jak i wewnętrznego podawania jodu wytwarzały się pęcherze. Po zewnętrznem lub wewnętrznem leczeniu tiosiarczanem sodu, odczyn ten zginął wzgl. już nie występował. Próby stosowania tiosiarczanu przy Dermatits herpetiformis nie są jeszcze ukończone, wydaje się jednak, że preparat ten okazuje pomyślny wpływ przynajmniej na poszczególne okresy wytwarzania się pęcherzy.

O odporności pleśniawek.

Kawamura badał wpływ preparatów, stosowanych przeciwko pleśniawkom, na ich hodowle. Boraks w glicerynie oraz roztwory $ZnCl_2$ i $FeCl_3$ w większych stężeniach zabijały hodowlę dopiero po upływie wielu godzin. Natomiast Rivanol i Trypaflavina nawet w dużych rozcieńczeniach niszczyły hodowle w bardzo krótkim czasie. Wskazanem więc jest, aby również i w praktyce wypróbować Rivanol lub Trypaflavinę dla leczenia pleśniawek.

Dr. I. Kawamura,
Klinika chorób dziec. Uniwersytu Osaka.
(Jika Zasshi, 1930, Nr. 358.)

W sprawie leczenia złamań kości.

„Wszystkie nastawienia złamań kości powinny się odbywać bez bólu." Obecnie przy pomocy nowoczesnych sposobów znieczulania uwzględnienie tego żądania wcale nie jest trudne. *Böhler* z Wiednia stosuje w większości przypadków znieczulenie splotu lub lędźwiowe. W Lundzie znieczulenia rdzeniowego nie stosuje się przy złamaniach wcale, natomiast przy złamaniach kończyn dolnych podaje się przeważnie eter. Dla znieczulenia miejscowego wstrzykuje się 20 — 30 cm^3 1—2%-owego roztworu Novocainy + Suprareniny bezpośrednio w krwiak w miejscu złamania. Osiąga się w ten sposób nietylko całkowite znieczulenie, lecz również i zupełne zwiotczenie mięśni, co ułatwia w znacznym stopniu nastawienie. Według *Ivarssona* niezastosowanie znieczulenia miejscowego przy złamaniu przedstawia błąd lekarski.

Dr. R. Ivarsson, Lund.
(Svenska Läkartidningen 1930, Nr. 50 i 51.)

Dożylne odurzenie Avertiną przy zabiegach ginekologicznych.

Dawka Avertiny, którą można wstrzyknąć dożylnie zupełnie bez obawy wywołania jakichkolwiek objawów szkodliwych, wynosi u kobiet 1,8 — 2,4 g (przy wadze 60 — 80 kg). Czas trwania rauszu narkotycznego waha się od 4 do 6 minut, poczem następuje 5 — 10-minutowy spokojny sen. Jeżeli zabieg chirurgiczny trwa dłużej, wówczas można przedłużyć uśpienie Avertiną, wstrzykując co 1—2 minut dalsze 10—20 lub 30 cm^3 3%-owego roztworu Avertiny. Takie przedłużenie odurzenia, trwające do 15 minut i wymagające zastosowania 3—4 g Avertiny, chore zawsze znosiły bardzo dobrze. Podczas zabiegu można było również przechodzić do usypiania eterowego. Ujemną stroną dożylnego usypiania Avertiną jest zdarzające się czasem wytwarzanie małych zakrzepów w miejscu zastrzyku, chociaż przeważnie do prawdziwego zakrzepu żylnego nie dochodzi. *Niemann* stosował dotychczas dożylną narkozę Avertinową 250 razy przy najróżnorodniejszych zabiegach ginekologicznych. Dla położnictwa Avertina jest zdaniem autora nieodpowiednią, gdyż jeżeli między narkozą a porodem mija dłuższy okres czasu, dziecko rodzi się zawsze w głębokiem uśpieniu. Rausz narkotyczny może tu być wskazanym tylko wtedy, gdy jesteśmy pewni, że poród zakończy się szybko, najwyżej w ciągu kilku minut.

Dr. G. Niemann,
Klinika ginekologiczna w Kolonji
(Zbl. f. Gyn. 1930, Nr. 45.)

Dermatol.

Z pośród wielkiej liczby środków odkażających żaden chyba nie pozyskał sobie w skarbcu lekarskim tak trwałego miejsca

jak wytworzony przez *Heinza* i *Liebrechta* Dermatol. Znakomita skuteczność Dermatolu w praktyce chirurgicznej, ginekologicznej, dermatologicznej, okulistycznej i oto - rhino - laryngologicznej nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości. Dermatol stosuje się obecnie nietylko zewnętrznie jako środek dla leczenia ran, lecz również i do wewnątrz przy chorobach żołądka i kiszek.

Szczególnie nadaje się Dermatol dla opatrunków chirurgicznych przy aseptycznych ranach pooperacyjnych lub przy zwykłych niezbyt zanieczyszczonych uszkodzeniach. Następnie Dermatol oddaje cenne usługi w ginekologji operacyjnej zarówno przy świeżych jak i starych ranach, przy oczyszczonych ranach jamy macicznej i plastycznych zabiegach w okolicy odbytnicy. Dermatol stosuje się często również w oto-rhino-laryngologji głównie ze względu na jego doskonałe działanie wysuszające np. przy ropnem zapaleniu ucha zewnętrznego i środkowego oraz dla leczenia następczego po operacjach galwanokaustycznych i t. d. Pomyślne wyniki osiąga się zapomocą Dermatolu również i w dziedzinie chorób skórnych. Przy ostrej pryszczycy, odparzeniach, owrzodzeniach goleni, oparzeniach, pęcherzycy noworodków i wogóle wszelkich ranach lub ubytkach skórnych, przy nadmiernem poceniu, szczególnie pomyślnie działa posypka Dermatolowa. W okulistyce Dermatol jest wskazany dla leczenia zapalenia pryszczykowego i uszkodzeń gałki ocznej.

Doustnie stosuje się Dermatol przy chorobach żołądka i kiszek. Jest to przedewszystkiem szybko działający środek przeciwbiegunkowy. Zwłaszcza w praktyce dziecięcej Dermatol ze względu na swą bezwzględną nieszkodliwość stał się w przypadkach biegunek środkiem poprostu niezbędnym. Podaje się Dermatol 0,25 — 0,5 — 1 g pro dosi 2 — 4 razy dziennie.

Poniżej przytaczamy kilka przepisów, które przy wymienionych wskazaniach okazały się na podstawie długoletniego doświadczenia najlepszemi:

Rp. Dermatoli
Zinci oxyd. aa [illegible],0
Gelatinae
Glycerini
Aq. dest. aa 30,0
M. f. gelatina.
D.S. Lep dermatolowo-cynkowy dla leczenia ran.

Rp. Dermatoli 5,0
Zinci oxyd.
Amyli aa 22,5
Vaselini flav. 50,0
M. f. ungt.
D.S. Pasta dermatolowo-cynkowa dla leczenia ran.

Rp. Dermatoli 10,0(—20,0)
Lanolini 80,0(—70,0)
Vaselini 10,0
M. f. ungt.
D.S. Maść dla leczenia ran.

Rp. Dermatoli
Zinci oxyd. aa 5,0
Lanolini 20,0
Ol. Cacao
Ol. Amygd. aa 15,0
M. f. ungt.
D.S. Do pokrywania ran.

Rp. Dermatoli 0,25(—0,5—1,0)
D. tal. dos. No. XX.
S. 3—4 razy dziennie po 1 proszku (dla leczenia biegunek, nieżytów kiszek, wrzodu żołądka.)

Rp. Dermatoli 10,0
Ol. Papaveris opt., 200,0
M.D.S. Wlewania oliwy; przed użyciem mocno wstrząsnąć. Przeciwko wrzodowi żołądka.

Dr. Schulz.

Jaki preparat srebra jest najodpowiedniejszy dla leczenia rzeżączki?

Prawie u wszystkich chorych na rzeżączkę stosowanie słabych roztworów srebra, najlepiej Albarginy ($^1/_4 — ^1/_3$ ‰) lub Protargolu ($^1/_4 — ^1/_2$ %) doprowadza do wyleczenia. Również i w najuporczywszych przypadkach rzeżączki, ze stałą skłonnością do nawrotów, zmiana preparatu srebrowego lub zastosowanie silniejszych stężeń, wcale nie przyczynia się do pewniejszego i szybszego wyleczenia. Na niektórych chorych preparaty srebrowe wywierają zbyt silny wpływ drażniący; w przypadkach takich należy zastąpić przetwory srebra innemi lekami, jak np. siarczanem cynku lub nadmanganianem potasu.

Dr. Hansteen, Oslo.

(Tidsskr. f. d. norske Laegef. Nr. 1930, 21.)

Zanik wątroby na tle zatrucia kwasem fenylocynchoninowym.

W piśmiennictwie ogłoszono dotychczas około 50 przypadków zatrucia kwasem fenylocynchoninowym, z pośród których 25 zakończyło się śmiertelnie. W 20 przypadkach wykonano badanie pośmiertne. Na sekcji zawsze znajdywano toksyczne zapalenie wątroby. *Rabinowitz* obserwował osobiście 7 przypadków zatrucia, w tem 4 śmiertelne. W trzech przypadkach dokonano sekcji i znaleziono raz żółty zanik, raz przerost guzkowy i raz marskość zanikową wątroby.

Dr. A. M. Rabinowitz.
(J. A. M. A 1930, tom 95.)

O leczeniu świądu.

Autor opisuje historję choroby pewnego 53-letniego mężczyzny, który zawsze był naogół zdrów, a który od kilku tygodni skarżył się na bóle głowy, bezsenność, a od kilku dni również i na bardzo dokuczliwe swędzenie całego ciała, a zwłaszcza ramion, dłoni, podudzi, stopy i palców u nogi. Swędzenie to pod wieczór stawało się silniejsze niż w ciągu dnia i zupełnie uniemożliwiało sen. *Tietze* rozpoznał Pruritus universalis, prawdopodobnie, na tle toksycznem. Unormowano dietę, zakazano palenia i zażywania przyjmowanych poprzednio leków. Wobec tego, że swędzenie nie ustępowało, zastosowano środki miejscowe, lecz również bez skutku. Wówczas autor postanowił wypróbować leczenie zapomocą „przestrojenia"; odstawił wszelkie leki i rozpoczął wstrzykiwania Omnadiny (co drugi dzień). Już po drugiem wstrzyknięciu swędzenie znacznie złagodniało, a po 4 wstrzykiwaniach ustąpiło zupełnie.

Od tego czasu *Tietze* stosował częściej Omnadinę w przypadkach świądu, raz u staruszki z silnemi objawami podrażnienia wskutek drapania skóry na podudziu i dwa razy przy świądzie sromu na podłożu niecukrzycowem. Zwykle poprawa następowała po 4 wstrzyknięciach. Pomimo, że ze względu na różnorodność pochodzenia świądu Omnadina z pewnością nie zawsze może okazywać swój pomyślny wpływ leczniczy, to jednak autor jest zdania, że w każdym przypadku uporczywego świądu warto ją wypróbować.

Dr. Kurt Tietze, Bolkenhain.
(Der praktische Arzt 1931, Nr. 28

Przyczynek do leczenia kamicy nerkowej.

W listopadzie 1930 r. zgłosił się do mnie chory z kamieniem w prawym moczowodzie. Kamień dawał na zdjęciu rentgenowskiem wyraźny cień, a cewnikowanie prawego moczowodu wykazało na kilka cm od ujścia moczowodu przeszkodę, poza którą cewnika przesunąć się nie udało. Ograniczyłem się wobec tego do wstrzyknięcia do prawego moczowodu kilku cm^3 oliwy. Dla pobudzenia jednak również i perystaltyki moczowodów, natychmiast po wyjęciu cystoskopu wstrzyknąłem dopośladkowo 0,5 cm^3 Hypophysiny mocnej. Zastrzyk ten wywołał początkowo żywą perystaltykę kiszek, widocznie jednak doprowadził do rozluźnienia kamienia, gdyż przy następnem cewnikowaniu, dokonanem po 11 dniach, kamień znajdował się już w samem ujściu prawego moczowodu. Natychmiast po tem badaniu wstrzyknąłem znowu 0,5 Hypophysiny dopośladkowo. Zastrzyk, podobnie jak za pierwszym razem, wywołał przedewszystkiem żywą perystaltykę kiszek, nazajutrz jednak rano chory podczas pierwszego oddania moczu wydzielił kamień, który był wielkości grochu. Cewnikowanie prawego moczowodu wykazało zupełną jego drożność, do czego z pewnością przyczyniła się w pewnym stopniu również i Hypophysina. Opisuję w krótkości ten przypadek, aby wykazać, jak pomyślnem może być działanie Hypophysiny w przypadkach kamicy nerkowej.

Dr. Kurt Riegler, Stuttgart.

Przypadek wyleczenia zakażenia krwi Rivanolem.

Chory I. K., lat 41, gospodarz w Jagielnicy Starej, zachorował na zapalenie ucha środkowego. Gorączka 39^0, silne bóle, obfity ropny wyciek z ucha. Po tygodniu leczenia bóle i ropienie ustąpiły, natomiast gorączka nawet się wzmogła i przedstawiała typ przerywany, rano do-

chodziła do 40°, wieczorem 37,4°. Stan taki trwał prawie 2 tygodnie, poczem wystąpiły nacieki ropne w okolicy stawu łokciowego, nad obojczykiem i w okolicy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego po stronie lewej. Uważając ten stan za septyczny, wstrzyknąłem dożylnie Rivanol w roztworze 1 pro mille w dawce 50 cm^3. Skutek okazał się nadzwyczajny. Już po 3 dniach gorączka w zupełności powróciła do stanu normalnego, wszystkie nacieki ustąpiły, za wyjątkiem jednego w okolicy stawu łokciowego, który zmiękł i wymagał nacięcia i wypuszczenia ropy. Chory pomimo wyniszczenia długotrwałą gorączką szybko odzyskał zdrowie i powrócił do swych zajęć.

Dr. Löw Juljusz.
Lekarz rej. w Jagielnicy.

KONGRESY I ZJAZDY:

20—22 września 1931 r. IV Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy, mający odbyć się w Zakopanem pod przewodnictwem Dr. Seweryna Sterlinga.

PROGRAM ZJAZDU

Dnia 19 września — sobota.
Godz. 18. Posiedzenie Komitetu Wykonawczego w Sanat. Czerw. Krzyża.

Dnia 20 września — niedziela.
Godz. 9.30 — 13. Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego *Dr. J. Żychonia.* I. temat - biologiczny: „Związek pomiędzy allergją a odpornością w gruźlicy". Referenci: *Prof. Dr. Michałowicz* i *Dr. St. Popowski.* Koreferenci: *Dr. J. Zeyland* — Poznań; *Dr. Z. Skibiński* — Zakopane.

Dnia 21 września — poniedziałek.
Godz. 9 — 14. II. temat - kliniczny: „Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnemi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc". Referent: *Płk. Dr. Stefan Rudzki.* Koreferenci: *Dr. K. Dąbrowski* — Warszawa; *Dr. L. Węgrzynowski* — Lwów; *Dr. L. Fischer* — Zakopane.

Dnia 22 września — wtorek.
Godz. 9 — 14. III. temat - ogólny: „O Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej". *Dr. Żychoń*— Zakopane.
IV. temat - społeczny: „Ubezpieczenia społeczne a gruźlica". Referent: *Dr. W. Chodźko.* Koreferenci: *Dr. Cz. Wroczyński* — Warszawa; *P. Br. Krakowski* — Warszawa.
Zamknięcie Zjazdu.

5—7 października 1931 r. IV. Zjazd Okulistów Polskich w Krakowie. Zapytania uprasza się kierować pod adresem: Dr. Kadyi, Kraków, Klinika Okulistyczna U. J. Kopernika 38.

14—18 października 1931 r. Międzynarodowy Kongres Patologji Porównawczej w Paryżu. Przewodnictwo miejscowych komitetów organizacyjnych objęli: w Krakowie: Prof. dr. J. Nowak, we Lwowie prof. dr. Gąsiorowski.

11—26 październik 1931 r. III. Kurs uzupełniający dla lekarzy, organizowany przez fundację Tomarkin z New-Yorku w Locarno. Informacyj udziela: Secretariat de la Fondation Tomarkin, Locarno, Case postale 128.

1—2 listopada 1931 r. IV. Zjazd mikrobiologów i epidemjologów Polskich odbędzie się w Warszawie. Adres Komitetu organizacyjnego Zjazdu: Warszawa, ul. Nowogrodzka 82. Miejski Instytut Higjeny, Sekretarz Zjazdu Dr. A. Ławrynowicz.

8—9 listopada 1931 r. III. Zjazd Ortopedyczny odbędzie się w Warszawie.

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA",
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr 6.